



Universidade Católica Portuguesa
Centro Regional de Braga

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Apresentado à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em **Psicologia Clínica e
da Saúde**

Sónia Machado Pires



Faculdade de Filosofia
Setembro de 2013



Universidade Católica Portuguesa
Centro Regional de Braga

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Local de Estágio: Casa de Saúde S. José
(Instituto S. João de Deus) – Areias de Vilar.

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica
Portuguesa para obtenção do grau de mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde

Sónia Machado Pires

Sob a Orientação da Prof.^a Doutora: **Eleonora Cunha**



Faculdade de Filosofia
Setembro de 2013

Agradecimentos

Ao finalizar este percurso tão importante da minha vida queria expressar o meu agradecimento a todos aqueles que tiveram presentes e me apoiaram nesta caminhada e que, direta ou indiretamente, tornaram possível a realização deste trabalho.

Este trabalho não seria possível se não fosse pela compreensão e atenção da minha supervisora/orientadora Professora Doutora Eleonora Costa, agradeço por toda a paciência, por toda a aprendizagem e por toda a dedicação.

Gostaria de agradecer ao meu coorientador de estágio, Dr. Ricardo Campos, toda a orientação e atenção disponibilizadas.

Aos profissionais de saúde da Casa de Saúde de S. José, quero agradecer pela colaboração nesta investigação, uma vez que sem eles, peças chave em todo este processo, o estudo não seria possível.

Às minhas colegas de curso (Iolanda Silva e Elisabete Costa) que sempre me apoiaram nos melhores e piores momentos ao longo destes anos em comum;

Aos meus pais (Maria do Carmo e Fernando) por todo o esforço que fizeram para que eu conseguisse seguir os meus sonhos e aos meus irmãos (Tânia e Bruno) que em todos os momentos tiveram uma palavra especial de incentivo ajudando-me a superar momentos menos bons. São os melhores pais e irmãos do mundo.

Por fim, e não menos importante, quero agradecer ao meu marido, que foi, sem dúvida, uma ajuda fundamental. Obrigada pelas horas de conversa, pelos conselhos, pelas chamadas de atenção e pela força para continuar a lutar pelo que sempre desejei.

Resumo: O presente relatório de estágio, relativo ao 2º ano de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde na Faculdade de Filosofia da Universidade Católica Portuguesa (UCP), descreve as atividades realizadas ao longo do ano letivo 2011/2012 pela aluna Sónia Machado sob orientação do Dr. Ricardo Pereira Campos e supervisão da Professora Doutora Eleonora Cunha. O estágio realizou-se na Casa de Saúde S. José (Instituto S. João de Deus) – Areias de Vilar.

O presente relatório encontra-se dividido em três partes. A primeira parte retrata a instituição de trabalho e o tipo de atividades aí desenvolvidas. A segunda parte retrata a intervenção efetuada pelo estagiário, intervenção em cinco casos clínicos, quatro deles apresentados sumariamente e um aprofundadamente, uma intervenção em grupo que aborda a comunicação assertiva e uma ação de formação sobre o impacto do *stress* no contexto laboral. A terceira e última parte, baseia-se numa reflexão e conclusão do relatório de estágio, assim como do tempo passado, da experiência passada em estágio.

Abstract: This internship report, related to the second year of my Masters in Clinical and Health Psychology at the Faculty of Philosophy of the Portuguese Catholic University (UCP), aims to describe the activities performed during the academic year of 2011/2012 by the student Sónia Machado Pires, under the guidance of Doctor Ricardo Pereira Campos and the supervision of Professor Eleonora Cunha. The internship was carried out at the mental institution *Casa de Saúde S. José, Instituto S. João de Deus* (Saint John of God Institute) in Areias de Vilar. The report is divided into three parts. The first part provides information about the institution as well as the type of activities that are developed there. The second part is about the intervention of the intern, namely in five clinical cases. One of those clinical cases is thoroughly described in this report, while the other four are briefly presented. It also comprises the description of a group intervention which addresses assertive communication and a workshop about the impact of stress in the workplace. The third and last part consists of a reflection and the conclusion of the report, as well as details about the internship and the experience gained during that period.

Índice

Introdução Geral	8
1. Caracterização da Instituição	9
1.1. Cinco Unidades de Internamento	10
1.1.1. Unidade S. João de Deus	10
1.1.2. Unidade S. João Grande	10
1.1.3. Unidade de Psicogeriatria S. Bento Menni.....	11
1.1.4. Unidade Irmãos Pierluigi Marchesi	11
1.1.5. Residência Angulo.....	11
1.2. Áreas de Intervenção Nacional (Centros Assistenciais do Instituto S. João de Deus em Portugal)	12
2. Atividades desenvolvidas pela instituição	17
3. Levantamento de necessidades, prioridades e restrições do contexto institucional	18
4. Caracterização da intervenção.....	18
4.1. Casos Clínicos Individuais.....	19
4.1.1. Estudo de Caso Detalhado: “S”	19
4.1.2. Estudo de Caso “C. J.”	32
4.1.3. Estudo de Caso “J. C.”	34
4.1.4. Estudo de Caso “J”	37
4.1.5. Estudo de Caso “R.”	38
5. Intervenção em Grupo (Comunicação Assertiva)	40
5.1. Fundamentação teórica da atividade e objetivos gerais e específicos.	40
5.2. Estratégias de intervenção e plano de atividades	43
5.3. Estratégias de avaliação do processo /resultados.....	45
6. Ação de Formação (<i>Stress</i> : o impacto do <i>stress</i> no contexto laboral)	45

6.1. Fundamentação teórica da atividade e objetivos gerais e específicos	46
6.2. Definição das estratégias de intervenção e apresentação sumaria dos planos de atividade.....	48
6.3. Estratégias de avaliação do processo /resultados.....	49
Conclusão	50
Bibliografia:	52
ANEXOS	57

Índice de tabelas

Tabela 1. Resumo do Caso “C.J.” (caso descrito, ver anexo 1)	32
Tabela 2. Resumo do Caso “J.C.” (caso descrito, ver anexo 1)	34
Tabela 3. Resumo do Caso “J.” (caso descrito, ver anexo 1)	37
Tabela 4. Resumo do Caso “R.” (caso descrito, ver anexo 1)	38

Introdução Geral

“O estágio é um locus onde a identidade profissional do aluno é gerada, construída e referida. Volta-se para o desenvolvimento de uma ação vivenciada, reflexiva e crítica e, por isso, deve ser planeada gradualmente e sistematicamente”

Burriola, M. (1995).

O presente documento pretende descrever as atividades que foram efetuadas ao longo do ano letivo 2011/2012 no estágio desenvolvido no âmbito do segundo ano do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Faculdade de Filosofia (Braga).

Enquadrando o presente estágio, este realizou-se na Casa de Saúde S. José (Instituto S. João de Deus) tendo como principal objetivo a aquisição de competências de avaliação e intervenção psicológica no contexto clínico adequado à população, que nela se encontra institucionalizada. Assim, as atividades desenvolvidas foram dirigidas a essa mesma população, que se encontra internada, distribuída por cinco Unidades de Internamento (S. Bento Menni; S. João de Deus; S. João Grande; Pierluigi Marchesi e a Residência Angulo).

Dada a importância do papel que o psicólogo clínico e da saúde tem no contexto de institucionalização de doentes mentais, deficientes mentais e doentes psicogeriatricos, as atividades implementadas no presente estágio foram orientadas não apenas para a aquisição de competências, mas também para a promoção da saúde e bem-estar dos utentes no local de estágio. Neste sentido, as atividades levadas a cabo durante o estágio contemplaram diversas intervenções individuais, uma intervenção em grupo e uma ação de formação. Assim, para dar a conhecer e descrever a metodológica e conceptualmente as atividades implementadas, este documento aborda inicialmente a caracterização da instituição e as suas Áreas de Intervenção Nacional (Centros Assistenciais do Instituto S. João de Deus em Portugal). Seguidamente faço a caracterização dos casos clínicos individuais e finalmente a descrição tanto da intervenção em grupo como da ação de formação que foram desenvolvidas.

1. Caracterização da Instituição

O local onde decorreu o presente estágio foi no Instituto S. João de Deus (ISJD) – Casa de Saúde S. José, sendo esta uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) vocacionada para o auxílio aos doentes e aos mais carenciados.

A Casa de Saúde S. José, situada em Areias de Vilar, é um Centro Assistencial na área da Psiquiatria, Saúde Mental e Reabilitação Psicossocial. Foi inaugurada em 1957.

Recuando até ao ano de 1550, ano em que o Santo da Hospitalidade (o fundador: S. João de Deus) morreu, deixando já alguns continuadores que tinham observado atentamente a sua obra e queriam seguir os seus passos. O grupo de Hospitaleiros que seguiu a obra de S. João de Deus foi aumentando, percorrendo outras cidades e angariando esmolas para os seus doentes. Rodrigo de Singuenza, foi um dos primeiros companheiros de S. João de Deus, que decidiu enviar a Roma alguns Irmãos para pedir ao Santo Padre o reconhecimento oficial do Instituto. A 1 de Janeiro de 1571 foi aprovado oficialmente o Instituto pela Santa Sé. Sisto V, amigo e grande benfeitor da Ordem Hospitaleira, por meio do breve "*Etsi pro Debito*", de 1 de Outubro de 1586, elevou o Instituto de simples Congregação à categoria de Ordem Religiosa.

Os Irmãos de S. João de Deus, seguindo o exemplo do seu fundador, prestam o seu contributo tentando abordagens diferentes junto daqueles que padecem as moléstias da doença, recebem todo o tipo de doentes e necessitados mas têm uma especial predileção pelos doentes mentais, os mais maltratados socialmente e os que ninguém quer cuidar.

Hoje a Ordem Hospitaleira está presente em cerca de 50 nações, nos cinco continentes, em quase 300 Obras Apostólicas. Existem perto de 1.500 Irmãos de S. João de Deus, cuja ação se complementa com os mais de 40.000 colaboradores, 5.000 voluntários e 300.000 benfeitores-colaboradores.

O trabalho desenvolvido em todos os Centros baseia-se numa assistência integral e holística que visa a saúde física, psíquica, bem como condições de vida digna à pessoa em sofrimento. Neste âmbito, irá coordenar e patrocinar a investigação, a formação, a assistência e a cooperação nas áreas da saúde, da integração social e comunitária, do desenvolvimento humano e do melhoramento da prevenção, assistência e reabilitação dos doentes. Ainda como a Organização Não-Governamental para o Desenvolvimento (ONG-D), a instituição, tem como objetivo a coordenação ou apoio de outras iniciativas – principalmente nos países em vias de desenvolvimento e subdesenvolvidos – tais

como ajudas humanitárias de emergência ou de calamidade pública, de reabilitação e de desenvolvimento e de desenvolvimento social e comunitário.

A estrutura humana é constituída por cerca de uma centena de Colaboradores, técnicos e não técnicos (Psiquiatras, médicos de clínica geral, nutricionista, psicólogos, assistente social, enfermeiros, terapeuta ocupacional, monitores de atividades ocupacionais, administrativos, auxiliares de diversas áreas, tais como, apoio aos doentes, limpeza, entre outros).

Relativamente à caracterização dos doentes, a Casa de Saúde S. José, tem duzentos e quinze doentes internados que se encontram distribuídos por cinco Unidades de Internamento (S. Bento Menni; S. João de Deus; S. João Grande; Pierluigi Marchesi e a Residência Angulo), três das quais são de longo internamento e a outra é de Psicogeriatria e por uma Unidade de Vida Apoiada (equiparada), unidades essas que passamos a caracterizar.

1.1. Cinco Unidades de Internamento

1.1.1. Unidade S. João de Deus

Esta Unidade destina-se a pessoas com doença mental, com idade inferior a sessenta e cinco anos e que se encontram em regime de internamento prolongado. Tem uma capacidade de 52 camas visando promover a integração dos doentes que, nela, residem em programas de reabilitação psicossocial através de treinos de atividades de vida diária, aptidões sociais, entre outras. Relativamente a outras atividades de carácter psicoeducativo são realizadas, centrando-se em temas como a perceção da doença e do tratamento, sexualidade, adaptação às experiências ocupacionais e ao uso adequado dos tempos de lazer.

1.1.2. Unidade S. João Grande

Esta Unidade destina-se a pessoas com deficiência mental, com idade inferior a sessenta e cinco anos e que se encontram em regime de longo internamento. Tem uma lotação de 50 camas e promove, junto da população

nela assistida, objetivos idênticos aos padronizados para a Unidade S. João de Deus.

1.1.3. Unidade de Psicogeriatria S. Bento Menni

A Unidade S. Bento Menni, com capacidade de 60 camas, destina-se a pessoas com doença mental com idade superior ou igual a sessenta e cinco anos. Nesta Unidade podem encontrar-se doentes com idades inferiores, desde que apresentem um elevado grau de deterioração intelectual, indicador de possível demência. A intervenção que é efetuada neste serviço está direcionada para o evitamento de deterioração das competências dos seus utentes.

1.1.4. Unidade Irmãos Pierluigi Marchesi

É um espaço com forte cariz reabilitador e tem uma lotação de 36 camas. Destina-se a utentes que por limitação mental crónica e fatores sociais graves, alcançaram um grau de incapacidade que os impede de organizar, sem suporte, as atividades de vida diária. O programa que nela é desenvolvido, no âmbito da reabilitação psicossocial, centra-se na promoção da participação em atividades domésticas, higiene e cuidados pessoais, gestão do tempo, do dinheiro e da medicação, utilização de recursos e de apoio social e integração em ações comunitárias.

1.1.5. Residência Angulo

A Residência Angulo é um recurso integrado na prestação de cuidados de saúde mental, promovidos na Casa de Saúde S. José, que se encontra nos limites exteriores da instituição. Trata-se de uma estrutura habitacional destinada a sete utentes, semelhante na forma e conteúdos dos seus objetivos a uma Unidade de Vida Protegida. Destina-se ao treino de autonomia de pessoas adultas com perturbação mental de evolução crónica e clinicamente

estabilizada e assume como finalidade a promoção de reabilitação e inserção social de um grupo de pessoas.

Tal como nos outros Centros Psiquiátricos do Instituto S. João de Deus, Centros essas que passamos a descrever, têm sido privilegiadas as intervenções no âmbito da Reabilitação Psicossocial e os trabalhos da Pastoral da Saúde e Animação.

1.2. Áreas de Intervenção Nacional (Centros Assistenciais do Instituto S. João de Deus em Portugal)

Em 1606, os Irmãos de S. João de Deus chegaram a Portugal, com o intuito de adquirir a casa na qual S. João de Deus havia nascido, em Montemor-o-Novo. Em Lisboa, em 1629, os Irmãos fundaram o Hospital de S. João de Deus e marcaram presença também no Hospital do Castelo de S. “J.”. Durante mais de dois séculos, os Irmãos administraram vários Hospitais Militares.

Após a Revolução Francesa, assistiu-se à decadência geral das Ordens Religiosas. Entre nós, primeiro em 1805, com o afastamento dos religiosos do serviço de Enfermagem dos Hospitais Militares e da sua administração, e depois com o decreto de exclausuração de Joaquim António de Aguiar, em 1834.

Os Irmãos de S. João de Deus voltaram de novo a Portugal em 1890, sendo o obreiro da restauração o Pe. Bento Menni (hoje S. Bento Menni), que enviou três irmãos que se encarregaram de todos os serviços do "Hospício de Santa Marta", uma residência de idosos. O Pe. Menni fundou em 1892, na Aldeia da Ponte, Guarda, um Hospital para atender crianças com poliomielite, órfãs e desamparadas. Diversos factores ditaram a saída dos Irmãos destas obras.

Percebendo a necessidade urgente das pessoas com sofrimento psíquico, o Pe. Bento Menni pôs-se a caminho para resolver o problema e, em 1893, comprou uma quinta nos arredores de Sintra, a Quinta do Telhal, e deu início à Casa de Saúde do Sagrado Coração de Jesus que seria o "berço" da nova presença dos Irmãos em Portugal.

Seguiram-se posteriormente: a Casa de Saúde S. João de Deus, Funchal, em 1924; Casa de Saúde S. Rafael, em 1927; Casa de Saúde S. João de Deus, Barcelos em 1927; Casa de Saúde S. Miguel, em 1928; Hospital Infantil S. João de Deus, 1950; Casa de

Saúde S. José, 1957; Criação do Instituto S. João de Deus, em 1977; a Residência S. João de Ávila, em 1997.

1.2.1. Casa de Saúde do Telhal

A Casa de Saúde do Telhal, Centro Assistencial na área da Psiquiatria, Saúde Mental e Reabilitação Psicossocial, situada no Concelho de Sintra, foi fundada pelo P. Bento Menni em Junho de 1893. À semelhança dos outros Centros Assistenciais psiquiátricos do Instituto S. João de Deus, tem os serviços técnicos considerados necessários para efetuar uma intervenção sempre atualizada e de qualidade - médicos, de enfermagem, de psicologia, serviço social, terapia ocupacional, educação especial e reabilitação, formação, etc. Para além destes serviços, integram o seu quadro administrativos, monitores de ocupação, auxiliares, pessoal de manutenção, etc. Conta com um total de duzentos e quarenta e cinco colaboradores.

Tem quatrocentos e cinquenta e quatro utentes internados, distribuídos por seis unidades de longo internamento, três clínicas especializadas (de psiquiatria aguda, psicogeriatrica e alcoologia) e três unidades de reabilitação, uma das quais de transição e treino. Dispõe de sala de Snoezelen. Possui cinco residências comunitárias, onde habitam doentes que foram desinstitucionalizados. Ainda no âmbito dos Serviços de Reabilitação, para além das valências residenciais, tem várias respostas ocupacionais, nomeadamente formação profissional, atividades produtivas, Área de Dia e atividades de lazer estruturadas.

O serviço de Consultas Externas (Psiquiatria, Neurologia, Alcoologia, Psicologia, Pedopsiquiatria, Oftalmologia, Clínica Geral, Medicina Dentária e Próteses Dentárias) funciona todos os dias úteis.

1.1.2. Casa de Saúde do Funchal

A Casa de Saúde S. João de Deus, Centro Assistencial na área da Psiquiatria, Saúde Mental e Reabilitação Psicossocial, situada na Ilha da Madeira, nos arredores da Cidade do Funchal, foi inaugurada oficialmente em Agosto de 1924.

O seu quadro de pessoal é composto por cento e vinte e cinco Colaboradores, entre técnicos e não técnicos. Dispõe de duzentas e setenta camas, distribuídas por Unidade

de Agudos, Centro de Recuperação de Alcoólicos, Unidade de Treino Residencial, cinco Unidades de Vida Apoiada (equiparadas), Unidade de Psicogeriatrica, duas Unidades de Pré-psicogeriatrica, Unidade de Psicopedagogia e Unidade de Vida Autónoma (equiparada). Nela desenvolvem-se diversas atividades de ocupação que contribuem significativamente para a reabilitação dos doentes internados.

1.1.3. Casa de Saúde de Angra do Heroísmo

A Casa de Saúde S. Rafael, situada na Ilha Terceira do Arquipélago dos Açores, foi inaugurada oficialmente no ano de 1927. As pessoas nela assistida são oriundas das ilhas dos grupos Central e Ocidental que têm um total de cerca de cem mil habitantes.

O seu quadro de pessoal integra cerca de cento e vinte Colaboradores, entre técnicos e não técnicos. Nesta Casa de Saúde, à semelhança do que acontece noutros Centros Assistenciais do Instituto S. João de Deus, tem sido dada grande atenção à formação permanente de todo o pessoal, promovendo a participação deste em diversos programas e criando outros adequados às necessidades previamente identificadas. Assim garante-se uma assistência sempre atual e de reconhecida qualidade.

As pessoas internadas, num total de cento e oitenta, estão distribuídas por oito unidades que englobam serviços de médio e longo internamento, serviço de agudos e serviço de alcoologia.

A intervenção em reabilitação psicossocial tem sido desenvolvida, quer na vertente residencial (em algumas unidades referidas são efetuados treinos de competências), quer na vertente ocupacional, nomeadamente através de programas diversos de formação profissional. Dispõe de um Centro de Formação no qual se integra o CPA - Centro de Promoção de Autonomia, que visa o acolhimento a 40 pessoas externas com patologias mentais e/ou em risco de exclusão, de ambos os sexos, e onde são ministrados Cursos técnico-profissionais.

1.1.4. Casa de Saúde de S. Miguel

A Casa de Saúde S. Miguel, situa-se na Ilha de S. Miguel do Arquipélago dos Açores. É um Centro Assistencial na área da Psiquiatria, Saúde Mental e Reabilitação Psicossocial, fundado em 1928. As cento e oitenta e oito pessoas internadas encontram-

se distribuídas por seis Unidades de Internamento, em serviços de curta, média ou longa duração, e uma Clínica especializada no tratamento de Pessoas com problemas de adição (Toxicodependência e Alcoologia).

Em resposta a uma necessidade sentida na Região, a Instituição tem desenvolvido dinâmicas no âmbito da prevenção de comportamentos de adição, nomeadamente de alcoolismo e o abuso no consumo de substâncias psicoactivas (lícitas e ilícitas) através de programas em meio escolar, treino de competências sociofamiliares e outros.

A presença e intervenção comunitária integrada e transdisciplinar, pretende apoiar homens e mulheres com doença mental grave e seus familiares/ cuidadores, para tal foi criada em 2011 a Unidade Móvel de Apoio Domiciliário, especializada em Saúde Mental e Adictologia.

Desde Janeiro de 2000 que a Casa de Saúde mantém um programa de redução de danos opiáceos estruturado. Atualmente no centro de consultas realizam-se, em média por ano, 4500 intervenções técnicas neste âmbito

1.1.5. Casa de Saúde de Barcelos

A Casa de Saúde S. João de Deus, Centro Assistencial na área da Psiquiatria, Saúde Mental e Reabilitação Psicossocial, situada na cidade de Barcelos, foi inaugurada em 1928. Nela são assistidas pessoas com doença mental, essencialmente oriundas da Região Norte.

Tem capacidade para internar trezentos e sessenta doentes. Estes encontram-se distribuídos por quatro unidades de longo internamento, sendo uma de psicogeriatrica, uma clínica de psiquiatria aguda e quatro unidades de reabilitação psicossocial. Nesta Casa de Saúde tem-se, também, privilegiado a ocupação estruturada de doentes, através de ateliês ocupacionais produtivos e não produtivos, bem como outros tipos de atividades ergoterapêuticas (jardinagem, serviços de manutenção, recados...). O Centro conta ainda com atividades de desporto, música, teatro, pintura, formação profissional, entre outras.

1.1.6. Casa de Saúde Montemor-o-Novo

Situado em Montemor-o-Novo, terra da naturalidade de S. João de Deus, foi inaugurado em 1950 para tratar crianças vítimas da poliomielite que então grassava no País. Desenvolveu as especialidades de Ortopedia e de Medicina Física e Reabilitação.

Dispõe de bloco operatório, com três salas de operações, unidade de cuidados pós-anestésicos com 9 camas e 2 unidades de internamento para homens e mulheres com lotação de 110 camas. Sendo um Hospital especializado em Ortopedia, dispõe de consultas e de cirurgias nas especialidades de Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Cirurgia Vascular, Ortopedia da Coluna, Otorrinolaringologia, Traumatologia Desportiva e Oftalmologia e de consultas de Clínica Geral, Estomatologia, Fisiatria e Reumatologia. Conta com mais de 150 Colaboradores, entre Médicos, Enfermeiros, Fisioterapeutas, Auxiliares e Administrativos.

O Hospital integra desde Novembro de 2009 a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, com uma Unidade de Cuidados Continuados de Convalescença de 21 camas. Esta Unidade obteve a Certificação de Qualidade pelo referencial europeu EQUASS Assurance, sendo a única Unidade da tipologia no Alentejo que tem os seus serviços certificados.

1.1.7. Residência S. João de Ávila

Situada na cidade de Lisboa, iniciou a sua atividade em 1998. Destina-se a acolher temporariamente pessoas em fase de dependência leve ou moderada e com forte potencial de reabilitação física e funcional.

Este Estabelecimento assume-se como um Centro de Reabilitação Física especializado em Programas Intensivos de Reabilitação, oferecendo aos seus utentes atividades terapêuticas definidas através de um plano personalizado (Plano Individual de Intervenção). Tem uma lotação de 51 camas com alojamentos individuais, duplos e triplos, distribuídos por cinco valências distintas: Unidade de Convalescença (Protocolo com a RNCCI); Unidade de Internamento de Reabilitação Física; Reabilitação Diurna; Ambulatório; Apoio Domiciliário.

O serviço de consulta externa destina-se a utentes internos e externos e dispõe das especialidades de Medicina Interna, Fisiatria, Neurologia, Psiquiatria e Psicologia.

2. Atividades desenvolvidas pela instituição

A atuação do Instituto S. João de Deus é de âmbito nacional, prosseguindo fins de saúde, assistência, reabilitação e reinserção social em todos os Centros Assistenciais. Assim, podemos proferir que a intervenção do Instituto S. João de Deus concentra-se na realização de quatro grandes domínios.

No primeiro domínio a atuação refere-se à prestação de cuidados de saúde a pessoas portadoras de doença mental, na fase aguda, com intervenção na crise, e em casos de doença de evolução prolongada, com inserção nas diferentes unidades consoante a sua patologia e o seu grau de autonomia. A reabilitação psicossocial, cuja intervenção visa atingir o maior grau de autonomia possível do utente, procura melhorar a qualidade de vida através de ações ao nível sócio ocupacional (ateliês de ocupação e ateliês de atividade produtivas). Ainda no primeiro domínio insere-se o tratamento de doentes dependentes do álcool e toxicodependência pela desintoxicação orgânica e pela reabilitação psicológica, familiar e social do doente alcoólico, incluindo cuidados médicos, os cuidados de enfermagem, avaliações e o apoio psicológico, as sessões pedagógicas, os treinos de assertividade, relaxamento e integração sensorial, apoio sociofamiliar e intervenção de pastoral da saúde e animação. Há ainda serviços de psicogeriatria/gerontopsiquiatria, às pessoas idosas que sofram de patologia psiquiátrica, com programas de intervenção específicos, globais e individualizados.

No que concerne ao segundo domínio, estão presentes, cuidados diferenciados de saúde como: cirurgia pediátrica, ortopedia/cirurgia ortopédica, oficinas ortopédicas, fisioterapia/medicina física e de reabilitação, cirurgia geral, cirurgia plástica e reconstrutiva, anestesiologia, cirurgia vascular, oftalmologia, otorrinolaringologia e medicina dentária.

A prestação de cuidados de geriatria, enquadrados ao nível residencial, numa estrutura com acompanhamento médico, psicológico, de fisioterapia, de enfermagem e do serviço de pastoral de saúde e animação, assim como, a prestação de cuidados continuados, em regime temporário, com o objetivo de prestar cuidados de saúde iniciados no internamento hospitalar ou de agudização de episódios de doença crónica, estão presentes no terceiro domínio.

No quarto e último domínio, refere-se ao acolhimento dos sem-abrigo, imigrantes ou nacionais, em situação de emergência humanitária. São espaços de acolhimento

temporário, promovendo o apoio psicossocial destinados prioritariamente aos cidadãos em extrema vulnerabilidade.

3. Levantamento de necessidades, prioridades e restrições do contexto institucional

Durante todo este percurso foi notória a presença de algumas necessidades na instituição, o que acaba por não contribuir para uma melhor eficácia junto com os utentes.

Após a observação ao longo dos sete meses foram evidentes as seguintes necessidades: (i) escasso número de profissionais de saúde, principalmente no âmbito da psicologia, sendo que a Casa de Saúde apenas usufrui de um psicólogo para um número elevado de utentes, acabando por não terem a intervenção necessária para melhorar a sua qualidade de vida; (ii) a falta de comunicação entre os profissionais de saúde, o que origina a carência do trabalho em equipa. Deveria assim, haver um maior número de discussão de casos entre as equipas multidisciplinares; (iii) necessidade de formação dos técnicos e funcionários relativamente à comunicação e relacionamento com os utentes institucionalizados, formação com os técnicos e auxiliares relativamente à gestão de *stress* e formação de técnicos ao nível da comunicação de más notícias; (iv) acompanhamento/intervenção individual a um maior número de utentes institucionalizados, pois poucos são aqueles que têm consultas de psicologia; (v) escassa intervenção em grupo de forma a desenvolverem melhor as relações interpessoais; (vi) desenvolvimento de competências de comunicação e treino de atividades de vida diária com os utentes; (vii) desenvolvimento de estratégias, técnicas e atividades a nível cognitivo em utentes com demência, esquizofrenia e outras patologias crónicas; (viii) existência de um maior número de salas para as consultas de psicologia, apenas existia uma para quatro estagiárias e (ix) a falta de desinfetantes.

4. Caracterização da intervenção

Em seguida serão descritas as atividades desenvolvidas neste estágio, nomeadamente as intervenções individuais, de grupo e as atividades de formação para os cuidadores formais.

4.1. Casos Clínicos Individuais

4.1.1. Estudo de Caso Detalhado: “S”

I - Dados de Identificação

“S” é um homem de etnia caucasiana de 28 anos de idade e é do sexo masculino. Concluiu o 6º ano de escolaridade. É o primeiro de uma fratria de 2 filhos. “S ” reside no meio urbano e provém de uma família de nível socioeconómico médio. É divorciado desde 2009 e não tem filhos sem filhos. O utente já trabalhou em diversas áreas profissionais, no entanto, atualmente encontra-se reformado e a residir na Casa de Saúde S. José. O utente foi internado voluntariamente no dia 18 de Outubro de 2011 e acompanhado nas consultas individuais até ao dia 13 de Março de 2012.

II - Motivo da Consulta

Internado na Casa de Saúde de S. João de Deus (Barcelos), onde foi diagnosticado com Esquizofrenia Paranóide (segundo o processo clínico), foi transferido posteriormente para a Casa de Saúde S. José em Areias de Vilar (24 de Agosto de 2011).

O paciente foi encaminhado para acompanhamento psicológico por indicação da equipa multidisciplinar tendo com objetivo analisar e avaliar a adaptação do utente à Casa de Saúde S. José (Areias de Vilar).

Atualmente o paciente está a ser medicado com *Anatensol Decanoato*; *Lorazepam*; *Olanzapina* e *Haloperidol* (informação recolhida no seu processo clínico).

III – Problema apresentado e história do problema

O utente apresentava (segundo o processo clínico) episódios de explosividade e agressividade verbal e física dirigida aos familiares.

As primeiras manifestações problemáticas parecem ter surgido por volta dos 18/19 anos de idade, quando “S” começou a trabalhar. O utente relata que faltava com regularidade ao trabalho, por se encontrar doente (gripes e constipações) ou até mesmo

por falta de vontade. Refere ainda que quando os colegas de trabalho o tentavam aconselhar “S” respondia de forma impulsiva, gritando-lhes. No seu último emprego, como operário fabril numa indústria têxtil, o utente refere que numa das discussões (cada vez mais frequentes) com outros colegas de trabalho partiu para a agressão. Segundo “S”, foi a primeira vez que agrediu, com bastante gravidade, alguém. Imediatamente após a agressão descreve uma sensação de alívio, mas, horas mais tarde diz que se sentiu envergonhado e arrependido pelos seus atos. Este parece ter sido o acontecimento de vida que desencadeou no utente o início e desenvolvimento das dificuldades, afetando a sua vida social, familiar e afetiva.

“S” descreve o pai como sendo uma pessoa rígida e autoritária e que, segundo ele, ambos entravam facilmente em conflito. O utente conta que, quando tinha 25 anos numa das discussões com o seu pai o agrediu violentamente com um ferro na cabeça, tendo necessitado de ajuda médica (pontos na cabeça). Meses (3/4) mais tarde, antes do sair para trabalhar, o seu pai passou pelo quarto de “S” e, num tom alto, disse-lhe para se levantar e ir procurar trabalho uma vez que estava farto de o sustentar, bateu a porta com força e saiu para o trabalho. O utente enfurecido levantou-se e dirigiu-se ao local de trabalho do pai, posto da GNR, levando consigo um machado. “S” não conseguiu bater no pai, uma vez que foi impedido à porta do posto da GNR e conta que como ofereceu resistência foi necessário, por parte dos policiais, a utilização de gás pimenta para imobiliza-lo.

Posteriormente, revela outros episódios violentes, como por exemplo, durante o seu casamento, de cerca de 2 anos, relatou que bateu na ex-mulher, mais do que uma vez, citando *“ela era muito chata, às vezes tínhamos discussões e eu enervava-me e batia-lhe e outras vezes era quando bebia, mas atenção porque eu só bebia de vez em quando e eram só cervejas. Mas depois arrependia-me, pedia-lhe desculpa porque sabia que tinha exagerado”* (sic). “S” relata que perde facilmente a calma por pequenas coisas.

Para além destes, existem ainda mais três episódios de violência física: a ex-cunhada, “M”, (na altura ainda cunhada), atingida por uma garrafa de cerveja, tendo que levar pontos na cabeça. “S” conta que estava no café a beber uma cerveja e que a ex-cunhada se dirigiu a ele e lhe disse para ir para casa cuidar da mulher em vez de estar no café a beber. O utente refere que não gostou do que ouviu e lhe atirou com a garrafa de cerveja que tinha a mão. O ex-cunhado, “J”, que naquele momento se encontrava no café, foi em auxílio de “M” sendo também agredido fisicamente por “S”. O utente conta ainda

que deu um pontapé na barriga da avó “...eu não gostava de um tio meu e ele foi lá a casa e eu disse a minha avó para não lhe abrir a porta nem falar com ele mas ela abriu e falou e eu dei-lhe um pontapé (...) depois o INEM foi lá e ela ainda foi ao hospital” (sic). Em todos os episódios foi necessária assistência médica. A relação com a mãe é boa, nunca a agrediu e cita “a coitadinha sofre” (sic).

O pai de “S” refere uma relação conflituosa com o filho insistindo na institucionalização do filho, alegando impossibilidade de o cuidar e receios do seu comportamento violento.

Esta é a segunda vez que o utente é internado, primeiramente em Barcelos (Casa de Saúde S. João de Deus) e atualmente encontra-se internado em Areias de Vilar (Casa de saúde S. José).

IV - História bio-psico-social

“S” é o primeiro de uma fratria de 2 filhos, ambos foram planeados e desejados. Manteve sempre uma boa relação com o irmão. O utente provém de uma família de nível socioeconómico médio.

Relativamente à história desenvolvimental e aprendizagens prévias, mais especificamente sobre a gravidez da mãe e o seu parto, o utente não soube responder, nem se recorda de ninguém lhe falar como decorreu. Lembra-se vagamente que em criança (até por volta dos 4 anos de idade) teve problemas ao nível da fala (não tinha um vocabulário muito alargado, não conseguia articular bem as palavras e nem construir frases bem estruturadas) e foi seguido por terapeutas.

Em relação à saúde “S” refere que teve as doenças comuns da infância (varicela, sarampo). Nega doenças crónicas como por exemplo a hipertensão arterial, a diabetes, cardiopatias, doença renal e/ou hepática. Nega alergias, transfusões sanguíneas e cirurgias. Não há história na família de transtornos mentais ou neurológicos.

Segundo informações do utente, no que concerne à educação em casa, era e sempre foi o pai quem impingia as regras de uma forma autoritária “não era muito de bater mas gritava bastante”.

O utente diz que na sua infância a relação com o seu pai era distante. Caracteriza o pai como arrogante e severo, sentia muita pressão e autoridade por parte dele. Existiam discussões entre ambos porque o utente não cumpria os horários e as regras, sentia que

já era autónomo e que não tinha que dar satisfações a ninguém. O utente caracteriza a mãe como uma pessoa sensível, protetora, afetuosa e cúmplice.

“S” apontou na relação entre os progenitores desentendimento e conflitos por causa da educação dos filhos, discussões constantes.

Na sua infância, convivia apenas com um primo, “S” tinha poucos amigos. Refere que sempre se isolou muito, preferia ir para o seu quarto jogar do que estar com colegas da sua turma. Descreve-se como envergonhado. Sentia-se envergonhado com as raparigas, tendo medo da rejeição, que as pessoas não gostassem dele, *“eu nunca sabia como começar uma conversa e não desenvolvia muito nas conversas por isso isolava-me, também porque gostava de jogar sozinho”* (SIC).

Relativamente à escola refere que sempre teve uma boa relação com os colegas e professores. Contudo no 7º ano de escolaridade, ano em que reprovou três vezes, o seu comportamento relativo aos colegas altera-se progressivamente, torna-se agressivo, dizendo que se isolava cada vez mais *“...as notas eram más porque eu só queria jogar, fechava-me no quarto e jogava. Eu isolava-me muito, devia ser por receio de me criticarem ou gozarem comigo e eu depois enervava-me e batia. Então para não me enervar preferia ficar só. Também nunca tive muito jeito para falar e essas coisas...não gosto e não consigo manter uma conversa, por isso prefiro não falar e afasto-me. Gosto de estar só”* (SIC).

Laborou em várias áreas profissionais, tais como, construção civil, jardinagem, tendo sido a sua última atividade (durante 2 anos) na indústria têxtil com grande irregularidade *“quando não me apetecia ir, não ia. Faltava muito, em todos os trabalhos em que estive”* (SIC).

“S” apresenta uma instabilidade ao nível de pensamento: *“não tenho ideias fixas por isso é que não vou para a frente. Gostava de mudar a minha maneira de ser e de pensar, hoje penso uma coisa, amanhã já penso noutra”*. No entanto acha-se simpático e uma pessoa normal, que quando não consegue fugir das situações conflituosas parte para a agressão

O utente sempre viveu com os pais até ao ano 2007, ano em que se casou com uma mulher de nacionalidade brasileira.

“S” conta que nunca teve um relacionamento íntimo até aos 21 anos, ano em que conheceu uma rapariga brasileira por quem se apaixonou. Começaram a namorar e recorda que durante o primeiro ano de namoro nunca discutiram, mas, no fim do

segundo ano o utente refere que sentia muitos ciúmes da namorada e as discussões eram frequentes, que por duas vezes levaram “S” a agredi-la. Lembra-se que após os seus comportamentos violentos arrependia-se, sentindo-se envergonhado. Após três anos de namoro decidiram casar. Esteve casado durante, sensivelmente, dois anos (até 2009), não tiveram filhos. Durante o processo de divórcio “S”, sentia-se em baixo, triste, e amargurado. Revoltado por não ter conseguido manter o seu casamento e culpado por ter insultado e batido na mulher durante o casamento. O utente voltou para casa dos pais. Mas, as faltas frequentes ao trabalho, os problemas com o pai, a polícia e o tribunal (devido aos comportamentos agressivos) levaram a que “S” fosse internado.

Foi internado voluntariamente dia 24 de agosto de 2011, *“prefiro ser internado aqui do que ir para casa, discutir com o meu pai”* (sic).

V - Exame do Estado Mental

Aspeto, atitude, atividade: Idade aparente à real, estatura alta. Bem vestido, com sinais de cuidados de higiene (unhas tratadas, penteado, barba desfeita).

É colaborante e acessível. Mantém contacto ocular. Vígil, presta atenção ao que lhe é perguntado e responde a estímulos.

Humor e emoções: O humor é eutímico. Expressa grande variedade de emoções.

Discurso e linguagem: Discurso coerente (linguagem adequada).

Conteúdo, processo do pensamento e percepção: Sem ideação suicida ou homicida.

Nega pensamentos persecutórios, alucinações ou delírios. Sem ideias de referência, fuga de ideias ou afrouxamento das associações. Pensamento centrado no seu comportamento agressivo, conflitos com o pai e divórcio.

Insight e juízo crítico: Apresenta um bom juízo crítico (insight).

VI – Avaliação Psicológica

Após a apresentação, e nunca esquecendo durante as sessões iniciais o estabelecimento da aliança terapêutica, iniciou-se a avaliação do(s) problema(s) do utente, começando pela entrevista clínica (anamnese).

Durante o acompanhamento psicológico individualizado foi efetuada uma avaliação onde se aplicaram o *Mini-Mental State*, as Matrizes de *Raven* (SPM), o *Trail Making Test* (TMT) e o Inventário Multifásico de Personalidade de *Minnesota* - II (MMPI- II). A sua língua materna é o português. “S” demonstrou motivação e interesse para efetuar os testes, embora demonstrasse alguma falta de atenção e de concentração no decorrer do mesmo. Utente orientado auto e alopsiquicamente no tempo e no espaço.

Mini-Mental State = 30/30, ausência de declínio cognitivo.

Matrizes progressivas de *Raven* – Os resultados obtidos nas Matrizes Progressivas de *Raven* (SPM) revelam que “S” tem um QI entre 80 e 90 (Grau V - zona fronteira), representando uma inteligência normal reduzida no que concerne à inteligência geral não-verbal e raciocínio analógico.

***Trail Making Test* (TMT)** = parte A – 50/40 segundos, parte B=93/90 segundos. Os resultados são indicativos de uma ausência de deterioração nas funções executivas.

***Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI)** – Os resultados do MMPI ao nível das escalas de validade: na escala de Dúvida (?) obteve uma pontuação de zero, o que indica que o utente cooperou na tarefa e que os resultados são válidos, tendo respondido a todos os itens. A pontuação obtida na escala Mentira (L) encontra-se abaixo da média (T=47), indicativo de querer passar uma imagem negativa de si. Teve um score de validade (F) acima da média (T=72), o que pode traduzir severidade da desordem (utentes psicóticos ou com desordem de comportamento). Por fim, no score de correção (K), encontra-se abaixo da média (T=36), verifica-se uma autocritica severa e/ou uma tentativa de “parecer mal” para criar a impressão de patologia.

Relativamente às Escalas Clínicas, encontram-se elevadas as escalas de Depressão (Dp), (T=68); a Psicopatia (Pd), (T=82); Paranoia (Pa), (T=75); Psicastenia (Pt), (T=76); Esquizofrenia (Sc), (T=76); Hipomania (Ma), (T=69) e a escala Introversão social (SI), (T=78).

No que concerne à Depressão (T=68), a pontuação elevada indica sentimentos de incapacidade. Presença de problemas de natureza ansiosa e falta de competências sociais. A pontuação muito elevada na Psicopatia (T=82) revela uma desordem de

personalidade. Pode indicar timidez, dificuldades no controlo dos impulsos, irritabilidade e impulsividade. Apresenta ainda características antissociais, quando estas se manifestam, também a escala Hipomania é elevada (o que se verifica). A Paranoia (T=75) indica desconfiança, hostilidade ou mesmo paranoia (delírio). Relativamente à Psicastenia (T=76) a pontuação muito elevada revela sentimentos de culpa, ansiedade crónica afetada por fatores situacionais. Na escala de Esquizofrenia (T= 76) as pontuações apontam para pensamentos bizarros, alienação social, relações familiares desajustadas e dificuldade de controlo dos impulsos. Pontuações elevadas podem dever-se a um processo esquizofrénico ou um problema de esquizóide de ajustamento. A Hipomania (T= 69) poderá ser indicador de uma hiperatividade comportamental e cognitiva assim como grandiosidade e irritabilidade. No que concerne à Introversão Social (T= 78), esta escala revela isolamento das relações sociais.

As restantes escalas: Hipocondria (Hs), (T=48), a Histeria de conversação (Hy), (T=50), a Masculinidade – feminilidade (Mf), (T=47) encontram-se dentro da média.

VII- Diagnóstico:

A falta de controlo, ou seja, a incapacidade de resistir aos impulsos agressivos (que resultam em atos agressivos graves) e o remorso, arrependimento e culpabilidade a que o utente vem referindo durante as sessões e comprovado no MMPI, são características essenciais de uma **Perturbação do Controlo dos Impulsos** mais especificamente a **Perturbação Explosiva Intermitente**. Ao longo das sessões apresenta ainda características fulcrais para uma **Perturbação Evitante da Personalidade**. No entanto, o diagnóstico de Esquizofrenia Paranóide não pode ser excluído, pois não ficou clara a sua não existência.

Eixo I - Perturbação do Controlo dos Impulsos/ 312.34 Perturbação Explosiva Intermitente

Eixo II - 301.82 Perturbação Evitante da Personalidade

Eixo III - Sem diagnóstico

Eixo IV - Problemas com o grupo de apoio primário (pai) e problemas relacionados com o ambiente social.

Eixo V – AGF = 78 (momento de avaliação)

AGF = 85 (após intervenção)

VIII - Diagnóstico diferencial

a) Perturbação Explosiva Intermitente

Os sintomas e sinais manifestados pelo utente não ocorrem exclusivamente durante a evolução de um *delirium*. É importante fazer a distinção de Alteração da Personalidade Secundária Um Estado Físico Geral, Tipo Agressivo, dado que os sintomas manifestados pelo “S” não são consequência direta de um estado físico geral (por exemplo, traumatismo craniano).

Deverá ser ainda diferenciada do comportamento agressivo que ocorre pela **Intoxicação por substâncias**, pelo facto de nas análises toxicológicas dos fluidos (sangue e urina) não ter sido detetada nenhuma substância. A evidência da não ingestão de substâncias também foi obtida através da história clínica atual e do processo clínico anterior. A Perturbação Explosiva Intermitente distingue-se da **Perturbação Anti-social da Personalidade** (ausência de remorsos) uma vez que o utente refere ao longo de todas as sessões remorso, vergonha, arrependimento e culpabilidade após os atos violentos. A **Perturbação Estado-Limite da Personalidade** diferencia-se do diagnóstico de “S” uma vez que o utente não apresenta ideação paranóide, comportamentos, gestos ou ameaças recorrentes de suicídio ou comportamentos auto mutilantes. **Perturbação de Oposição** (com frequência culpa os outros dos seus erros, entre outros).

b) Perturbação Evitante da Personalidade:

Os sintomas e sinais manifestados pelo utente não ocorrem exclusivamente durante a evolução de uma **Fobia Social, Tipo Generalizado** (evocado por uma situação social), dado que os sintomas manifestados pelo “S” não são consequência direta de níveis de ansiedade clinicamente significativa. O evitamento manifestado pelo utente é caracterizado tanto na Perturbação Evitante da Personalidade como na **Perturbação de Pânico com Agorafobia**. No entanto, o evitamento desta última perturbação começa

após o início dos ataques de pânico podendo variar com base na sua intensidade e frequência. Em contraste com o evitamento expressado por “S”, que teve um início precoce, ausência de precipitantes claros e uma evolução estável.

A Perturbação Evitante da Personalidade diferencia-se da **Perturbação Esquizotípica da Personalidade** (pensamentos ou discursos bizarros, comportamento ou aparência estranha, excêntrica ou peculiar) uma vez que o utente durante todas as sessões de acompanhamento manteve um discurso coerente (linguagem adequada).

Deverá ser ainda diferenciada da **Alteração da Personalidade Secundária a Um Estado Físico Geral**, na qual os traços emergem por efeito direto de uma doença do sistema nervoso central. Deve também ser distinguida dos sintomas que se podem desenvolver em associação com o uso crónico de substâncias (por exemplo: Perturbação Associada à Cocaína Sem Outra Especificação)

IX - Conceptualização do caso

Não é difícil de perceber, da história bio-psico-social, e do que “S” revelou sobre si, que a sua infância/adolescência possa ter sido algo complicada. A relação conflituosa entre os pais (desentendimento e conflitos por causa da educação dos filhos) é passível de lhe ter transmitido um padrão disfuncional de relação conjugal e amorosa, além de uma vinculação precária (Guedeney & Guedeney, 2004), sobretudo com o progenitor. A relação com o seu pai era e é bastante distante. “S” refere-se ao pai como sendo muito arrogante e severo, sentia muita pressão e autoridade por parte dele, daí as discussões eram constantes. A relação familiar é um dos grandes pilares, quando esta unidade é ameaçada ou desestruturada, observa-se uma regressão em cada um dos membros do grupo familiar com recurso aos processos defensivos obsoletos (clivagem, denegação, projeção), tornando-se desta forma uma ameaça para “S” no que respeita aos seus desejos de vida autónoma, as suas contestações dos sistemas de ideias parentais, das suas escolhas de objetos novos (Marcelli & Braconnier, 2005).

O comportamento de “S” começou a mudar por volta dos 12 anos de idade quando frequentava o 7º ano de escolaridade, ano em que reprovou três vezes. O seu comportamento relativo aos colegas altera-se progressivamente, torna-se agressivo e começa a isolar-se cada vez mais. O isolamento nas relações sociais a que “S” se refere ao longo das sessões prende-se ao facto de não gostar que o gozem ou o critiquem, pois

quando isso acontecia partia para a agressão. É importante destacar que os estudos indicam que as relações entre colegas, na infância e adolescência, contribuem significativamente para o desenvolvimento do funcionamento interpessoal adequado e proporcionam oportunidades únicas para a aprendizagem de habilidades específicas, que não podem ser obtidas de outra forma, nem em outros momentos (Monjas e Caballo, 2000; Fachada, 2010).

As manifestações mais problemáticas do seu comportamento agressivo surgiram por volta dos 18/19 anos de idade, quando “S” começou a trabalhar. O utente sempre pretendeu ser independente financeiramente, ambicionava comprar carro, casa e constituir família. O que “S” mais desejava era sair da casa onde morava com os pais uma vez que a sua relação com a figura paterna era conflituosa. Quando arranhou o seu primeiro emprego ficou bastante entusiasmado, no entanto, faltava com regularidade ao trabalho, por se encontrar doente (gripes e constipações) ou até mesmo por falta de vontade. E quando aparecia para trabalhar tinha um comportamento impulsivo e agressivo (físico e verbalmente) para os colegas (quando o tentavam aconselhar). Este comportamento manteve-se nos empregos que se seguiram. No seu último emprego, como operário fabril numa indústria têxtil, o utente refere que numa das discussões (cada vez mais frequentes) com outros colegas de trabalho partiu para a agressão. Segundo “S”, foi a primeira vez que agrediu (com bastante gravidade) alguém. Imediatamente após a agressão o utente refere que se sente aliviado, mas, horas mais tarde fica envergonhado e arrependido pelos seus atos. Este parece ter sido o acontecimento de vida que desencadeou no utente o início e desenvolvimento das dificuldades, afetando a sua vida social, familiar e afetiva.

Para além da agressividade exercida contra os colegas de trabalho, “S” também agrediu física e verbalmente o seu pai, a ex-mulher, o cunhado e cunhada, e a avó. Em todos foi necessária intervenção médica. Menciona ter tido problemas com a polícia e o tribunal.

Estes episódios agressivos podem estar associados com sintomas afetivos (irritabilidade ou cólera/ira; aumento da energia; turbilhão de pensamentos e/ou emoções) em que o utente experimenta um grau crescente de tensão ou ativação antes de passar ao ato. Após a sua consumação segue-se o remorso e arrependimento (Gorenstein, Tager, Shapiro, Monk & Sloan, 2007). Todas estas características

mencionadas anteriormente, preenchem os critérios para uma Perturbação do Controlo dos Impulsos.

Sempre que as coisas não correm como “S” quer este resolve há pancada, mas diz que perante a maior parte dos problemas que lhe surgem, prefere refugiar-se: “*sempre fui muito solitário*”. E arremata “*ao longo da minha vida só me prejudiquei, eu sou muito fechado, por isso não tenho amigos, já desde pequenino que prefiro ficar sozinho no meu quarto para brincar ou jogar com ninguém*”. Nota-se que apresenta isolamento/evitamento em ocupações que envolvam contactos interpessoais. Esta auto-análise feita pelo utente como inepto socialmente e a reserva nas relações íntimas poderão ser um indicativo da Perturbação Evitante da Personalidade. O utente apresenta capacidade de estar ciente de pensamentos, ideias e sentimentos em relação a si próprio (*insight*), apresenta um sentido crítico muito bom em relação a todos os acontecimentos negativos da sua vida.

De forma a compreender melhor o caso de “S”, torna-se oportuno recorrer ao Modelo Generalista de Intervenção Cognitivo-Comportamental de González-Prendes (2007) para explicar a Perturbação Explosiva Intermitente que o utente apresenta. Neste seguimento, Novaco (1997) refere que as emoções básicas, das quais a ira faz parte, existem em todas as culturas e são parte universal da condição humana. A ira, vista como uma emoção negativa, também descrita como fúria, raiva e cólera, tem despertado o interesse da comunidade científica dos últimos anos devido à sua relevância no estudo de comportamentos destrutivos.

Trata-se de um processo complexo caracterizado por sentimentos de culpa e vivências depressivas, com dificuldades associadas à “interiorização”, “exteriorização”, e “controlo”, também descrito como um estado emocional cujos sentimentos variam de intensidade que passam do aborrecimento ao desgosto, ataques de fúria, juntamente com uma ativação do Sistema Nervoso Autónomo (Novaco, 1975).

Novaco (1975) descreve a ira através de estados emocionais subjetivos, circunstâncias ambientais, excitação fisiológica, cognição, antagonismo e reações comportamentais correspondentes. O afeto subjetivo é um processo automático que está associado a uma inclinação para agir no sentido do confronto com a fonte de provocação. As fronteiras entre ira, hostilidade e agressão são ténues e podem ser agrupadas numa síndrome AHA (Anger-Hostility-Agression). Na base da manifestação desta emoção negativa estão 3 classes de estímulos que não são mutuamente exclusivos:

(1) acontecimentos externos (esperar numa fila de trânsito, ser criticado, carro que não funciona, faltar a uma reunião porque adormece, etc.); (2) combinação de acontecimentos externos e memórias relacionadas com acontecimentos anteriores de ira que estes episódios evocaram; (3) estímulos internos do tipo emoções e/ou sentimentos.

Vista como uma manifestação que não afeta apenas o sujeito, mas também o meio em que está inserido, parece estar associada a um risco, aumentado de perturbações cardíacas, violência doméstica, alteração da paz pública e outros tipos de violência (Gorenstein, Tager, Shapiro, Monk & Sloan, 2007).

Para avaliar a ira recorre-se a medidas escalares, análise de comportamentos e medidas psicofisiológicas. Em relação a medidas escalares verifica-se uma ampla utilização do Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço (STAXI). A avaliação comportamental da ira baseia-se em medidas recolhidas pelos psicólogos através de técnicas diretas e indiretas, nomeadamente a observação direta. As medidas psicofisiológicas recorrem ao bio-feedback e dados psicofisiológicos como o batimento cardíaco e a pressão sanguínea (Gorenstein et al. 2007).

X- Plano de intervenção

Após uma primeira fase de avaliação (*Mini-Mental State*, as Matrizes de *Raven* (SPM), o *Trail Making Test* (TMT) e o Inventário Multifásico de Personalidade de *Minnesota* - II) e a respetiva conclusão diagnóstica segue-se o plano interventivo.

A intervenção elaborada e aplicada ao utente segue o Modelo de Intervenção Cognitivo-Comportamental, isto por ser um dos melhores modelos explicativos das perturbações explosivas intermitentes, uma vez que esta terapia coloca a tónica no reforço e na eficácia pessoal, o terapeuta procura aumentar a autoconfiança dos utentes, os objetivos terapêuticos são claramente definidos, tal como os meios utilizados para os avaliar, sendo que a avaliação regular dos progressos permite ajustar o tratamento à medida que ocorre, entre outros aspetos importantes da terapia (González-Prendes, 2007).

Durante as sessões, visto que este reside numa instituição com vários utentes, importa esclarecer as regras da instituição, e como cumpri-las. Ensinar o utente a viver em comunidade e a integrar-se neste meio.

É importante salientar que em cada sessão foi pedido ao utente um *feedback* da informação que lhe foi dada, de forma que o terapeuta perceba se o utente fez uma interpretação adequada da informação, assim como um sumário dos tópicos mais significativos que foram discutidos. Estes sumários não só ajudam a educar o utente, como ajudam o terapeuta a perceber com exatidão os problemas do utente (Clark & Salkovskis, 1987 *cit. In* Goiveia, Carvalho & Fonseca, 2004).

Após as sessões destinadas à avaliação (sessões 1 a 5) identificaram-se as queixas principais e específicas de “S”, explicação e discussão relativamente ao seu problema, ajudando-o a desenvolver um entendimento conceptual da ira (ataques de fúria), aumentando a sua perceção sobre o papel, impactos dos pensamentos e crenças nas respostas emocionais e comportamentais (sessão 6). Seguidamente verificou-se as expectativas do utente face ao tratamento, de forma a delinear um programa de intervenção eficaz.

Nas sessões seguintes (sessões 7 a 11), pretendeu-se apoiar o utente na aquisição de competência cognitivas e comportamentais no sentido de lidar com a ira de forma positiva/adaptativa. Através da reestruturação cognitiva (Greenberg & Padesky, 1999; Kessler, Coccaro, Fava, Jaeger, Jin, & Walters, 2006), trabalhou-se com o utente a importância das tarefas na instituição; as crenças automáticas associadas ao diagnóstico; registro de pensamentos disfuncionais: identificação de pensamentos automáticos (rejeição e critica), sentimento (raiva) e comportamentos agressivos (bater, gritar).

Seguiu-se o treino de competências sociais (sessões 12 e 13): reestruturação de crenças sobre incapacidade interpessoal e autocontrolo das emoções (iniciar uma conversa sem manipulação e termina-la sem se exaltar); pensamentos dicotómicos do tipo “tudo ou nada” e ensaio comportamental (role-play).

Para finalizar e como o utente apresentava Perturbação Evitante da Personalidade interveio-se através de estratégias como o treino de assertividade (comunicação clara e não-manipuladora, adequação de pedidos de novos comportamentos a outrem, solicitação de favores e expressão de concordância e discordância, expressão de sentimentos positivos e negativos adequadamente). As intervenções em grupo (com exposição gradual) demonstram resultados positivos nesta problemática, no entanto, não foi possível por em prática (Watzlawick, Beavin, Jackson, 2001; Bergeret, 2004; McCloskey, Berman, Noblett & Coccaro, 2006).

A “seleção” deste modelo (cognitivo-comportamental) de intervenção deve-se à sua fundamentação e experimentação científica que apesar de não estar amplamente replicado, tem demonstrado ser uma ferramenta válida no tratamento desta perturbação.

XI - Reflexão sobre o caso

O utente manteve-se no processo até ao final, tendo por vezes mostrado vontade de desistir, no entanto, finalizou o processo terapêutico o que foi muito gratificante para mim.

Na avaliação final foi observada uma diminuição (não muito significativa) das queixas características da Perturbação Explosiva Intermitente redução dos sintomas de inquietação interna, ideação violenta, comportamento agressivo (ataques verbais e físicos) desproporcionais ao ambiente externo; além da remissão da sintomatologia orgânica. O utente referiu que foi a casa no fim-de-semana e gostou “parece que estou mais calmo (sic)”, no entanto, continua a não sair da casa dos pais por vergonha da população e remata “*sou um rapaz caseiro (sic)*”.

A relação com o seu pai está melhor. Contudo, socialmente sente-se ainda envergonhado e introvertido, mas leva consigo estratégias para lidar com estas situações, espera-se que o utente as ponha em prática.

A nível terapêutico segundo o modelo cognitivo-comportamental seria pertinente continuar a trabalhar crenças irracionais (Bergeret, 2004), o treino de competências sociais, treino de relaxamento, exposição e utilizar a reestruturação cognitiva sempre que necessário (Caballo, 2003; Cocco, Postemak, & Zimmerman, 2005).

4.1.2. Estudo de Caso “C. J.”

Tabela 1. Resumo do Caso “C.J.” (caso descrito, ver anexo 1)

Nome	“C.J.”
Idade	57 Anos

Problema/motivo

Utente encaminhado pelo Serviço de Enfermagem (coordenadora da Unidade P.L.) para acompanhamento psicológico com o objetivo de alterar comportamentos agressivos que tem para com os colegas, assim como diminuir a preocupação excessiva que tem pela sua mãe.

Instrumentos

Aplicou-se o *Mini-Mental State*, o *Montreal Cognitive Assessment* (MOCA), as Matrizes progressivas de Raven-SPM, o *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI), o *Wechsler Adult Intelligence Scale* (WAIS-III) e o Teste do Relógio.

Diagnóstico

A falta de *insight* (em relação ao seu problema e motivo de internamento) que demonstrou ao longo das sessões é reveladora de uma característica fulcral de uma esquizofrenia. Assim como a falta de interesse nas atividades e a falta de vontade e iniciativa nas tarefas (exemplo: ateliê) são indicadores de uma síndrome esquizofrénica estabilizada com “defeito”. Defeito essencialmente caracterizado por sintomatologia negativa.

Eixo I – 295. 60 Esquizofrenia, Tipo Residual, Episódio Único em Remissão Completa

Eixo II – Sem diagnóstico

Eixo III - Sem diagnóstico

Eixo IV – Sem diagnóstico

Eixo V – AGF (momento da avaliação) = 58

Diagnóstico diferencial

(ver anexo 1)

Plano de Intervenção	<p>A intervenção elaborada e proposta para o utente segue o modelo cognitivo-comportamental.</p> <p>As técnicas usadas foram: reestruturação cognitiva; desenvolvimento de competências de enfrentamento (como comunicação efetiva, regulação das emoções, autocontrolo, tolerância à frustração, assertividade, pensamentos consequenciais); gestão de emoções negativas, responsabilização, confrontação, reestruturação cognitiva, gestão de <i>stress</i>, de resolução de problemas, de treino de competências sociais e de autoafirmação (Beck, Freeman & Davis, 2005).</p>
-----------------------------	---

Conclusões	<p>O comportamento do utente, para com os colegas, alterou-se progressivamente de forma positiva ao longo das sessões.</p> <p>Ultrapassou a excessiva preocupação que apresentava pela sua mãe, as dificuldades autoafirmação e de expressar sentimentos.</p>
-------------------	---

4.1.3. Estudo de Caso “J. C.”

Tabela 2. Resumo do Caso “J.C.” (caso descrito, ver anexo 1)

Nome	“J. C.”
Idade	60 Anos

Problema/motivo	Utente encaminhado pelo Serviço de Enfermagem (coordenadora da Unidade P.L.) para acompanhamento psicológico com o objetivo de alterar comportamentos instáveis (conflitos relacionais e isolamento), labilidade emocional e delírios de cariz sexual.
------------------------	--

Instrumentos	<i>Mini-Mental, Trail Making Test (TMT), Matrizes Progressivas de Raven- SPM, Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS-III).</i>
---------------------	---

Diagnóstico	<p>A falta de <i>insight</i> (em relação ao seu problema e motivo de internamento) que demonstrou ao longo das sessões, assim como, dificuldades nas funções executivas (pensamento abstrato, mudança de contexto mental) são reveladoras de características fulcrais de uma Perturbação Esquizofrénica (e.g.: “... <i>levei um choque elétrico na cabeça e morreu-me uma célula e a minha mãe depois trouxe-me para aqui</i>”, referindo-se à Casa de Saúde). Assim como, em algumas sessões, referiu ouvir vozes “(...) <i>Estava a lavar os dentes e a fazer outras coisas para não a ouvir (a voz). Ela queria matar-me com a fita-cola mas eu como não lhe dei conversa foi-se embora</i>”.</p>
--------------------	--

Eixo I: 295. 30 Esquizofrenia, Tipo Paranóide

Eixo II: Sem diagnóstico

Eixo III: Sem diagnóstico

Eixo IV: Sem diagnóstico

Eixo V: AGF (momento da avaliação) = 48

Diagnóstico diferencial (ver anexo 1)

Plano de Intervenção

A abordagem utilizada para a terapêutica de “J. C.” foi a cognitiva comportamental. Treino de Competências Sociais como por exemplo a assertividade, empatia, passando também pela resolução de conflitos ou problemas emocionais, comunicacionais e comportamentais que afetam as relações com os outros. Numa primeira fase foram trabalhadas as competências de comunicação onde se pretendia que o utente soubesse a importância da comunicação no dia-a-dia e nas relações interpessoais, as diferenças entre a comunicação verbal e não-verbal, os tipos de comunicação e o que beneficia ou prejudica a comunicação. O utente foi incentivado a ter um comportamento assertivo positivo de forma a exprimir sentimentos positivos, realizar pedidos, pedir desculpas; foi alertado para importância da resolução de conflitos respondendo a críticas.

Pretendia-se ainda trabalhar as amizades, onde seria importante dar e receber cumprimentos, exprimir afeto, encontrar atividades para realizar em conjunto (Roder, Zorn, Brenner & Muller, 2008).

Conclusões

Não foram notórias modificações no utente, mostrou-se sempre resistente à mudança. Neste sentido, o utente encontrava-se ainda com muitas dificuldades.

4.1.4. Estudo de Caso “J”

Tabela 3. Resumo do Caso “J.” (caso descrito, ver anexo 1)

Nome	“J”
Idade	40 Anos
Problema/motivo	O utente com esquizofrenia foi encaminhado para acompanhamento psicológico individualizado por indicação da equipa multidisciplinar da Residência Angulo com o objetivo de reduzir as crises de ansiedade (quando tem que cumprir as tarefas na Residência) e dificuldades interpessoais.
Instrumentos	<i>Mini-Mental State.</i> Foram aplicadas as Matrizes Progressivas de <i>Raven</i> (SPM), mas, não foi possível concluir (o grupo E) devido ao Episódio Maníaco. No entanto podemos referir que nos grupos A (12/12), B (11/12), C (7/12) e D (11/12) o utente obteve bons resultados, podendo indicar um QI entre 110 e 120 (Inteligência Normal Superior).
Diagnóstico	<p><u>Eixo I:</u> 295.70 Perturbação Esquizoafectiva, Tipo Bipolar, Episódio Maníaco, Grave, 300.00 Perturbação da Ansiedade sem outra especificação</p> <p><u>Eixo II:</u> Sem diagnóstico</p> <p><u>Eixo III:</u> 345 Doenças do Sistema Nervoso (Epilepsia) 243 Hipotireoidismo</p> <p><u>Eixo IV:</u> Problemas com o grupo de apoio primário (tia/tutora).</p> <p><u>Eixo V:</u> AGF (momento da avaliação) = 68</p>

Plano de Intervenção

A intervenção elaborada e proposta para o utente segue o modelo cognitivo-comportamental, que permita alterar esquemas disfuncionais e pensamentos distorcidos associados à avaliação de estímulos ansiogénicos, e estratégias comportamentais que visem uma melhor mobilização dos recursos face às exigências das tarefas que lhe são colocadas (Roder, Zorn, Brenner & Muller, 2008).
Treino de relaxamento muscular progressivo de Jacobson (Nunes & Jollukin, 20010).

Conclusões

Esta intervenção não foi implementada, mas foi elaborada a proposta. Por escassez de tempo não se pode pôr em prática a intervenção e terapêutica. A avaliação do utente foi morosa, uma vez que se apresentava oscilações de comportamento, de sessão para sessão. Assim, apenas se pode fazer um prognóstico, espera-se que o utente tenha mudanças significativas após a intervenção.

4.1.5. Estudo de Caso “R.”

Tabela 4. Resumo do Caso “R.” (caso descrito, ver anexo 1)

Nome	“R”
Idade	37 Anos
Problema/motivo	Utente encaminhado para avaliação psicológica, uma vez que era o primeiro internamento na Casa de Saúde S. José (Areias de Vilar).

Instrumentos

Avaliação Cognitiva de *Addenbrooke* = 25/100, este teste inclui ainda o *Mini-Mental State* = 14/30 e indicou declínio cognitivo situado abaixo dos padrões considerados normais para idade. Atraso Mental Moderado a Grave. Matrizes Progressivas Coloridas - CPM e Matrizes Progressivas de *Raven*- SPM

Diagnóstico

Eixo I: V 71.09 Nenhum diagnóstico ou condição
Eixo II: 319 Deficiência Mental, Gravidade Não Especificada
Eixo III: Em suspenso
Eixo IV: Problemas com o grupo de apoio primário (mãe)
Eixo V: AGF (no momento da avaliação) = 32

Nota: No eixo II não é possível especificar a gravidade uma vez que não foi aplicado um teste (falta de tempo) de inteligência para saber, ao certo, em que grau de capacidade intelectual (ligeiro, moderado, grave e profundo) se encontrava o utente.

Plano de Intervenção

Terapia comportamental e terapia cognitivo-comportamental destacam-se como as abordagens consideradas mais eficazes, juntamente com a Psicofarmacologia, na intervenção neste tipo de população. Procura ajudar a extinguir comportamentos não adaptados ou indesejados, substituindo-os por comportamentos adaptados. Enfatiza a importância dos comportamentos atuais em detrimento dos comportamentos passados; fixa-se sobretudo no ambiente e nos comportamentos observáveis (Knopf, 1984; Barroqueiro, 2002).

Dadas as frequentes dificuldades ao nível da comunicação e linguagem, pode ser importante o recurso à ludoterapia pois trata-se de uma técnica que diminui a necessidade de comunicação verbal. Através de atividades lúdicas (mais ou menos estruturadas), a pessoa pode exprimir sentimentos,

tensões, medos (forma de expressão); melhorar o controlo dos impulsos; desenvolver as competências de relação interpessoal; a capacidade de tomar decisões, etc.

Conclusões

Esta intervenção não foi implementada, mas foi elaborado o plano de intervenção. Por escassez de tempo não se pôde pôr em prática e a avaliação do utente teve início no último mês de estágio.

5. Intervenção em Grupo (Comunicação Assertiva)

A intervenção em grupo tem como principal objetivo ajudar os utentes com esquizofrenia a desenvolver competências comunicacionais assertivas. Tendo em consideração a presença de utentes com quadros de deterioração cognitiva elevada no local de estágio, a intervenção desta temática torna-se uma mais-valia.

O paciente com esquizofrenia apresenta, entre outros, dificuldades de relacionamento interpessoal em virtude principalmente da apresentação de quadros tais como pobreza do discurso, embotamento e isolamento social (Beck, Freeman & Davis, 2005). Neste sentido, a intervenção sobre comunicação assertiva ser muito útil no desenvolvimento de comportamentos adaptativos tendo em vista que o paciente está geralmente exposto num ambiente hostil (ver anexo 5).

5.1. Fundamentação teórica da atividade e objetivos gerais e específicos.

A comunicação é a base de qualquer processo de interação, seja ele familiar, profissional ou social. Esse processo de interação faz-se por meio da comunicação na sua dimensão verbal, porém, além do conteúdo da fala são importantes aspetos não-verbais, ou seja a dimensão não-verbal da comunicação (Murta, 2005). De realçar que “Comunicar é relacionar-se” (Bernardo, 1984, p.104) e o ser humano é um ser

iminentemente social (Azevedo, 1999; Maia & Silva, 2001), por isso interage e comunica.

Quando nos referimos à Comunicação Assertiva, estamos a falar do ato de defender os direitos pessoais e exprimir pensamentos, sentimentos e convicções de forma apropriada, direta e honesta, de modo a não violar os direitos dos outros. É, um estilo de comunicação que nos permite ser mais construtivos na relação com os outros. Não sendo uma característica inata ou um traço de personalidade que alguns de nós possuem e outros não, é sim uma aptidão que pode ser aprendida, isto é, cada um pode desenvolver mediante um treino sistemático e estruturado (Azevedo, 1999).

É comum o surgimento de problemas de comunicação entre técnicos e utentes, essas dificuldades podem estar relacionadas com três aspetos, I) transmissão de informação pelos técnicos, II) atitudes de ambas as partes, utentes e técnicos em relação à comunicação e III) comunicação afetiva dos técnicos de saúde (Teixeira, 2002). Entenda-se, deste modo, que uma efetiva e assertiva comunicação com o doente funcionam como uma ferramenta útil nos cuidados (Cunha, 2010). Tal como, este complexo processo de comunicação e interação em saúde pode influenciar os resultados das atividades dos técnicos de saúde.

Neste sentido, a intervenção direcionada para esta temática (comunicação assertiva) é bastante importante nos utentes com esquizofrenia, uma vez que visa a mudança de comportamentos não assertivos, experimentados e aprendidos durante toda a vida, antes ou depois do diagnóstico de esquizofrenia. No entanto, existe uma série de características (sintomas) desta Perturbação, que torna o utente mais vulnerável à existência de comportamentos não assertivos. As alucinações, os delírios, a apatia, o embotamento afetivo, a diminuição espontânea dos movimentos, diminuição da mimica facial, isolamento social, conteúdo do pensamento pobre e a pobreza do discurso, são algumas das características fulcrais da esquizofrenia, que ajudam ou levam, de certo modo, a comportamentos não assertivos.

O treino da comunicação assertiva tem como principal objetivo mudar a forma como o utente se vê a si próprio, permitir que este expresse de forma adequada os seus sentimentos e pensamentos, diminuir a ansiedade, aumentar a autoconfiança no relacionamento com os outros e a sua capacidade de afirmação, posteriormente, estabelecer a autoconfiança (Seifert, 2009). Neste sentido, é importante focar as funções do treino, sendo elas, ajudar o utente a assegurar que os seus direitos não serão violados,

reconhecer os direitos dos outros, expressar a sua opinião de forma confiante, recusar pedidos que não sejam razoáveis, lidar eficazmente com as críticas e evitar conflitos agressivos desnecessários (Beck, Freeman & Davis, 2005; Seifert, 2009).

Tendo conhecimento destes objetivos e pressupostos, a seguinte intervenção em grupo foi planeada e dirigida no sentido de potenciar ao máximo a reflexão e consciencialização do que é ser-se assertivo, os benefícios de ser assertivo, para a promoção da mudança, saber distinguir e identificar os elementos básicos do processo comunicacional e identificar e desenvolver estilos de comportamento assertivo.

De realçar que devido à deterioração cognitiva dos utentes, a linguagem foi simples, clara, concisa e significativa, sem siglas, termos técnicos ou expressões reverenciais ou intimidatórias, assim como o formato das sessões ser breve (3 sessões de periodicidade semanal e com a duração aproximadamente de uma hora). O programa inicia-se pela descrição da comunicação (conceito e elementos do processo de comunicação) (tema da 1ª sessão), a comunicação assertiva (tema da 2ª sessão) e, para finalizar, os estilos de comunicação/comportamento (tema da 3ª sessão). Temas que fazem parte de um conjunto de competências sociais essenciais para que o utente se torne assertivo e melhore as suas relações interpessoais, possibilitando uma maior proximidade entre os utentes (Birchwood, & Tarrier, 1995; Beck, 1997; Fachada, 2010).

A intervenção foi realizada segundo o modelo educativo e psicoterapêutico tendo por base o treino mediante exercícios e jogos de papéis (Rahoui & Reynaud, 2008; Serra, 2011). Desta forma, é possível, então trabalhar e estimular, contemporaneamente e de maneira peculiar, três dimensões do funcionamento psicológico do ser humano: a dimensão emotiva - afetiva, a dimensão cognitiva e a dimensão experiencial (Serra, 1999; Serra, 2011).

Serão intervenções semiestruturadas e dirigidas, salvaguardando, no entanto, espaço para o diálogo aberto acerca dos temas que forem apresentados.

Em suma, importa salvaguardar que o tipo de comunicação pode influenciar os doentes nas relações entre eles, por isso torna-se necessário promover comunicações assertivas que diminuam a probabilidade de influenciar o *stress* e ansiedade dos utentes.

5.2. Estratégias de intervenção e plano de atividades

1ª Sessão – A COMUNICAÇÃO

Nesta primeira sessão estiveram presentes oito dos dez utentes estipulados para participar na intervenção em grupo. Relativamente aos objetivos desta sessão prenderam-se com importância da comunicação interpessoal. Distinguir e identificar os elementos básicos do processo comunicacional e identificar os fatores determinantes da comunicação eficaz na dinamização de grupos e por fim identificar as escolhas pessoais no processo de comunicação.

A sessão teve a duração de 60 minutos aproximadamente. Inicialmente foi dado a conhecer aos utentes o programa, analisando as expectativas e motivações de cada participante (5 minutos). Neste sentido, perguntou-se a cada utente quais as suas expectativas e de seguida pôs-se a questão sobre o que é a comunicação para cada um. Depois de um breve debate, foi exposta através de suporte digital (PowerPoint), a apresentação sobre o conceito e a importância da Comunicação, assim como, os elementos presentes ao longo da comunicação (emissor, mensagem, recetor e resposta ou feedback). Foram ainda questionados sobre a linguagem corporal (o nosso corpo comunica?) (15 minutos).

Posteriormente foi introduzida uma dinâmica de grupo, intitulada “o telefone sem fio”: formou-se um círculo, depois foi passada a um dos participantes uma frase. Este deverá passar para aquele que está à sua direita, a mensagem foi transmitida através do ouvido sem que os demais saibam qual é a frase. No final promove-se um debate sobre o que acharam e perceberam da dinâmica (*e.g.* o que aconteceu com a mensagem do início ao fim da atividade? Como este tipo de comunicação interfere nos relacionamentos?) (20 minutos). A sessão termina com uma atividade intitulada “Fazer aos outros o que gostarias que te fizessem, deve ser o teu lema”: após serem enumeradas algumas dicas para uma boa comunicação, os participantes deverão (oralmente) completar e corrigir algumas frases (*e. g.* Em vez de dizeres: “Estás sempre a interromper-me!” Diz: “Eu gosto de falar sem ser interrompido”) (20 minutos).

Após o feedback da sessão evidenciou-se por parte dos elementos motivação, interesse e expectantes com a próxima sessão.

2ª Sessão – COMUNICAÇÃO ASSERTIVA

Os objetivos desta sessão prenderam-se com a discursão sobre o conceito de assertividade e a sua influência nos relacionamentos; identificar e desenvolver estilos de comportamento assertivo; aprender a dizer sim, quando se quer dizer sim e a dizer não, quando se quer dizer não e destacaram-se os direitos, deveres e os benefícios do comportamento assertivo para o melhor desempenho pessoal e profissional.

Após uma breve apresentação e discussão sobre o que é a assertividade (20 minutos), passou-se a uma dinâmica de grupo, denominada “Verdadeiro ou Falso”: cada participante retirou de um saco uma frase (*e. g.* Ser assertivo aumenta o rendimento escolar, profissional...? Devemos fazer as coisas a qualquer preço?), tendo cada um que responder: verdadeiro ou falso. Após todos responderem, voltaram-se a colorar as frases no saco (para que ninguém identifique, caso a resposta esteja errada). De seguida a “animadora” tira uma de cada vez lendo em voz alta para todos (quer a frase quer a resposta) e dá-se início a um debate (30 minutos).

3ª Sessão – TIPOS DE COMUNICAÇÃO/COMPORTAMENTO

O objectivo desta terceira e última sessão visa identificar as características e as consequências dos comportamentos agressivo, passivo e assertivo; reconhecer a importância na prática da assertividade, como forma de melhorar a eficácia da comunicação, aos níveis interpessoal e organizacional; saber usar o autoconhecimento para melhorar o controlo dos comportamentos assertivos e analisar os fatores determinantes, numa situação conflitual.

Iniciou-se esta sessão com a exposição e discussão dos três tipos de comunicação (assertivo, agressivo e passivo); (20 minutos). Posteriormente seguiu-se uma atividade (resolução de casos com os três tipos de comportamento): foram entregues aos participantes, duas histórias (muito breves), que contêm os três tipos de comunicação. Os participantes, a cada história, deverão responder: O comportamento de Paulo é?, Porquê?, O que diz?, Como diz?, Posição do corpo? Segue-se a correção e discussão (20 minutos). Para finalizar: cada participante escreveu um texto sobre si próprio, tentando identificar em que situações é assertivo, passivo e agressivo, permitindo a cada um uma reflexão sobre o seu comportamento (20 minutos).

No final, desenvolveu-se um pequeno debate entre todos sobre as expectativas finais da intervenção de grupo e da aquisição de aprendizagem de ambas as partes (utentes e terapeuta estagiária).

5.3. Estratégias de avaliação do processo /resultados

Tendo que qualificar esta experiência basta defini-la como extremamente enriquecedora tanto para mim, como para os utentes, estes tiveram oportunidade de adquirir novos conhecimentos e estarem integrados numa dinâmica diferente da instituição.

Foi notável a motivação dos utentes nas três sessões e o feedback por parte dos mesmos foi positivo, mencionaram que foi esclarecedor uma vez que alguns não tinham ideia do que era assertividade, poderão corrigir conceitos errados, ressaltaram que foi uma mais-valia porque possibilitou um crescimento interior e permitiu conhecerem-se a si mesmos e de alguma forma também aos outros.

6. Ação de Formação (*Stress*: o impacto do *stress* no contexto laboral)

O *stress* é atualmente uma das maiores ameaças à qualidade de vida (Kivimaki, Leino-Arjas, Luukkonen & Riihimaki, 2002; Mendes, 2002; Schaufeli e Buunk, 2003). Efetivamente, para além da redução imediata na qualidade de vida, o *stress* é o causador indireto de envelhecimento e de inúmeras doenças por via do enfraquecimento do sistema imunitário. Nas últimas décadas, cada vez mais pessoas sofrem de *stress*, neste sentido a ação de formação, sobre esta temática, aos colaboradores/funcionários do Instituto São João de Deus, foi uma mais-valia. De realçar, que dada a especificidade do contexto em que nos inserimos, a complexidade das patologias vigorantes, a sobrecarga de trabalho, a pressão exercida por causa do tempo, o conflito e ambiguidade de papéis, a falta de apoio e de capacidade de auto-regulação os técnicos devem estar familiarizados e atualizados quanto às problemáticas/consequências sobre o *stress* para que o seu desempenho seja eficaz.

6.1. Fundamentação teórica da atividade e objetivos gerais e específicos

A palavra *stress* provem de duas expressões latinas: (i) “*stringere*” que significa esticar ou deformar e de (ii) “*strictus*” que corresponde as palavras portuguesas “esticado”, “tenso” ou “apertado” (Serra, 1999).

Segundo Vaz Serra o *stress* é “quando a circunstância vivida é considerada importante para o indivíduo e este sente que não tem aptidões nem recursos (pessoais ou sociais) para superar o grau de exigência que a circunstância lhe estabelece, então entra em *stress*. O *stress* surge quando o ser humano desenvolve a percepção de não ter controlo sobre a ocorrência. A percepção de não ter controlo pode ser real (de facto, o indivíduo não tem aptidões nem recursos pessoais e sociais que lhe permitam ultrapassar as exigências criadas pela situação) ou distorcida, isto é, o indivíduo tem aptidões e recursos mas sente subjetivamente que não são suficientes ou que não é capaz de os usar adequadamente” (Vaz Serra, 2003, p. 5).

Stranks (2005) refere-se ao *stress* como uma resposta a um “ataque”, uma resposta psicológica que se segue a incapacidade de “lidar” com problemas e a resposta frequente a alterações do ambiente. Deste modo, Lipp (Teixeira, 2010) afirma que as reações ao *stress* podem desencadear quer sintomas físicos como sintomas psicológicos e contribuir para a etiologia de doenças graves e modificação significativa da qualidade de vida individual e do grupo. No entanto, apesar dos aspetos negativos do *stress* devemos também percepcioná-lo como uma experiência crucial (Rita, Patrão & Sampaio, 2010), visto que proporciona um melhor desempenho das funções orgânicas e psíquicas, como o crescimento, a criatividade e prepara o organismo para se defender e reagir, e isto é um bem e uma necessidade para vivermos (Briner, 1997; Muniz, Primi e Miguel, 2007), ou seja, possui um papel fundamental para a adaptação do ser humano. Mas, quando se torna excessivo, constante e o organismo não consegue voltar ao seu estado de equilíbrio interno para se recuperar, o *stress* deixa de ser positivo e passa a ser negativo e incapacitante.

No que concerne à experiência do *stress* profissional este refere-se à percepção que os trabalhadores têm relativamente as dificuldades em lidar com aspetos da sua situação laboral, aspetos esses que são valorizados por esses trabalhadores (Aspinwall & Tayler, 1997; Guppy & Weatherstone, 1997). As dificuldades laborais, que potenciam níveis

elevados de *stress* profissional, incluem as condições físicas do trabalho (aspetos como o barulho, temperatura, ventilação e iluminação) e as características específicas das funções a realizar (como a quantidade de trabalho, o número de horas de trabalho, a monotonia das tarefas, a exposição a riscos e as novas tecnologias) (Alan, Kee, Don, Johnson, & Portia, 2002; Mendes, 2002).

Um outro aspeto importante vivenciado pelos trabalhadores (particularmente, neste caso, para os colaboradores/funcionários do Instituto São João de Deus) é o excesso de responsabilidade, uma vez que se trata de patologias mentais complexas e de internamentos prolongados, pode também ser encarada pelo trabalhador como excedendo a sua capacidade de resposta e assim tornar-se uma fonte de *stress* (Cooper et al., 2001).

Estryn-Behar, Estryn-Behar, Kaminski, Peigne, Bonnet, Vaichere, Gozlan, Azoulay e Giorgi, (1990) estudaram as relações entre as condições de trabalho e alguns aspetos relacionados com a saúde mental (fadiga, alterações do sono, uso de antidepressivos, indutores do sono ou sedativos e morbilidade psiquiátrica) em 1.505 trabalhadoras hospitalares, maioritariamente enfermeiras e auxiliares. Constataram, para além da associação das alterações do sono ao trabalho por turnos, uma associação dos aspetos com o *stress* relacionado com o trabalho, com a sobrecarga mental e com a pressão do tempo para execução de tarefas (Estryn-Behar et al., 1990; Kivimaki, Leino-Arjas, Luukkonen & Riihimaki, 2002).

As mudanças bruscas no estilo de vida e a exposição a ambientes cada vez mais complexos, associados à incapacidade lidar com as situações, conduz a estados excessivamente stressantes. A gestão eficaz do *stress* é, assim, uma competência fundamental para qualquer pessoa que aposta em manter a sua qualidade de vida independentemente das circunstâncias com que é confrontada no dia-a-dia. Deste modo, esta ação de formação pretendeu instruir os formandos a compreender os mecanismos do *stress*, a avaliar e modificar o seu modo pessoal de resposta aos desafios do quotidiano, a aplicar técnicas de redução da tensão nervosa e de programação positiva para a excelência (objetivo específico). Como objetivos específicos esta ação de formação focou-se em compreender a natureza e as causas do *stress*, distinguir o *stress* positivo e negativo, reconhecer o impacto do *stress* na qualidade de vida e na saúde, identificar os sintomas de *stress* e conhecer e dominar técnicas práticas de gestão de *stress*. Através destas técnicas práticas os formandos podem adquirir uma

consciencialização, das implicações do *stress*, e consequentemente uma maior responsabilização pela sua qualidade de vida, identificar e lidar de forma construtiva com os seus sentimentos, emoções e comportamentos e não de forma destrutiva.

6.2. Definição das estratégias de intervenção e apresentação sumaria dos planos de atividade.

A ação de formação teve como população alvo os colaboradores/funcionários do Instituto São João de Deus, em Areias de Vilar e foi realizada no dia 26 de Junho de 2012 com uma duração de 90 minutos. A formação foi fornecida em formato multimédia (PowerPoint) sobre as técnicas/estratégias para agir assertivamente no dia-a-dia e foi ministrada pela estagiária, e participaram na sessão 20 elementos da equipa, tendo sido efetuado previamente o convite para estarem presentes.

Nesta ação, predominaram os métodos ativo e interrogativo, aliados à realização de exercícios práticos e de autoconhecimento, com temáticas relacionadas com as experiências profissionais dos participantes.

No que concerne à planificação da sessão (Anexo 6) esta foi organizada tendo em conta os objetivos a que nos propusemos (descritos anteriormente). De forma sucinta, a sessão estruturou-se da seguinte forma: i) breve enquadramento do tema e espaço para recolher informações junto dos participantes sobre os seus conhecimentos acerca da temática da formação; ii) apresentação dos conteúdos relacionados com o *stress* (evolução do conceito de *stress*, definição de *stress*, sintomas, fases de evolução, impacto do *stress* no organismo, circuito do *stress*, consequências, erros de pensamento que exageram o *stress*, modelo de *stress* laboral e estratégias para lidar com o *stress*); iii) criação de espaço para uma atividade individual (foi pedido aos formandos para pensarem na última vez que se sentiram moderadamente stressados e que assinalassem, numa folha, os 12 erros/pensamentos automáticos que conheciam) para refletir e, por último iv) aplicação do questionário com a finalidade de obter a avaliação dos participantes quer da ação de formação como do formador. No final, foram distribuídos folhetos informativos sobre o *Stress*.

6.3. Estratégias de avaliação do processo /resultados

Considero que os objetivos propostos para esta ação de formação foram concretizados e alcançados com bastante êxito.

Avalio esta experiência como muito enriquecedora e com resultados bastante positivos, foi demonstrado por parte dos colaboradores/funcionários interesse e concentração no seminário, o que foi importante, uma vez que, para conseguir a atenção dos vinte participantes, por vezes torna-se complicado, pois têm tendência a distraírem-se facilmente (Neto, 1996).

Por parte de alguns técnicos, psicólogo (orientador), assistente social, e enfermeiros, que foram assistir de livre vontade, também recebeci um feedback positivo, mencionando que me sentiram segura do que estava a dizer e a fazer, que demonstrei à-vontade perante o tema e geri bem o tempo bem como a coordenação dos participantes.

De certa forma, a dinâmica a meio do seminário ajudou à concentração dos colaboradores/funcionários, desta forma ficaram mais atentos e mais participativos, sentindo-se úteis, não tendo sido meros espectadores.

Desta forma, as ações de formação são importantes porque contribuem para o processo de atualização dos colaboradores/funcionários, sendo que um processo de aprendizagem aproveitado resulta em conhecimento, tendo esta formação contribuído neste sentido.

Conclusão

Ao longo deste relatório pretendeu-se apresentar o caminhado trilhado por mim, durante o ano de Estágio. Desta forma, é certo que este resume apenas algumas aprendizagens realizadas, uma vez que, descrever de forma precisa um percurso tão complexo deixa, certamente, muita da potencialidade de diversas aprendizagens adquiridas de fora. Estas aprendizagens são do foro pessoal, havendo dificuldade de exprimi-las e representá-las todas. Porém, tentou-se ter esse facto em conta, tentando exprimir ao máximo as aprendizagens efetuadas. Apesar da componente teórica ao longo do curso, foi no estágio que tomei consciência da realidade da Prática Clínica onde esta se revelou indispensável para consciencializar-me da realidade, adquirir conhecimentos e desenvolver competências práticas. Encarar a prática não é um trabalho simples ou fácil, pois a cada dia, a cada sessão, existe uma superação e uma construção de nós próprios enquanto estagiários. É sem dúvida um trabalho que precisa ser lapidado, dedicado e acreditado por aquele que o exercita.

A realização deste estágio foi essencial para a minha formação, tanto a nível profissional com pessoal onde o contacto com inúmeros e diferentes docentes contribuiu também para o meu crescimento pois através das sugestões, opiniões e críticas construtivas, fizeram-me refletir ajudando a ultrapassar os insucessos e a alcançar os sucessos.

Este é o momento de refletir acerca da experiência enquanto estagiária e futura Psicóloga e começarei então por fazer uma referência ao local de estágio que se revelou uma agradável surpresa. Pudemos contar, durante o tempo em que estagiamos na Casa de Saúde S. José (Instituto S. João de Deus) com o apoio e colaboração de toda a equipa multidisciplinar.

Tivemos o apoio diário, a orientação e a amabilidade do orientador de estágio, Dr. Ricardo Campos, Psicólogo, que providenciou o nosso acompanhamento. Também contamos com a colaboração e o apoio da restante equipa técnica, que nos foi ajudando sempre que necessário.

Este estágio permitiu intervir diretamente em patologias psíquicas como a esquizofrenia e outras perturbações psicóticas, perturbações de ansiedade, perturbação do controlo dos impulsos e deficiência mental, mas ainda e de forma indireta tive a possibilidade de acompanhar outro tipo de perturbações como por exemplo: as

perturbações do humor (depressivas e bipolares) e as perturbações sexuais e da identidade de género.

Tendo em consideração a presença de utentes com quadros de deterioração cognitiva elevada no local de estágio foi-me “permitida” uma vivência prática do conhecimento adquirido na formação académica que contribuiu para o enriquecimento da minha formação profissional, possibilitando assim o desenvolvimento de diversas capacidades de modo a estar preparada para os desafios do mercado de trabalho que é muito exigente e em constante transformação.

Inicialmente, somos invadidos por sentimentos de insegurança relacionados com a falta de experiência perante novas situações e até mesmo com a concretização das atividades estipuladas para o estágio. No entanto, de forma gradual, fui-me sentindo mais confiante e autónoma na preparação e realização das atividades de intervenção, tendo como objetivos principais retirar o máximo de aprendizagens e experiências significativas que este percurso me poderia oferecer, bem como a participação nas demais atividades que fossem propostas, e que eu me propusesse.

Assim, relativamente ao meu percurso durante o estágio, pude constatar que este constitui-se numa panóplia de aprendizagens a nível pessoal, permitindo-me, por exemplo, desenvolver competências ligadas à comunicação, à responsabilidade, à interajuda, ao contacto com o outro e à valorização da experiência. Considero que este percurso, em toda a sua globalidade, se apresentou munido das experiências mais formativas e potenciadoras de desenvolvimento que até hoje pude vivenciar.

Relativamente às atividades de intervenção programadas, nomeadamente, intervenção em grupo e ação de formação do estágio na Casa de Saúde S. José, podemos considerar que foram realizadas com sucesso tendo em conta todas as limitações e potencialidades que foram descritas ao longo do relatório.

Assim, concluo que os conhecimentos teóricos que adquiri através da pesquisa envolvida na elaboração deste relatório, aliados à experiência prática que vivenciei ao longo do meu percurso formativo, ser-me-ão fundamentais no meu futuro enquanto docente.

A nível pessoal, considero que me tornei mais confiante e com uma perspetiva mais abrangente e alargada sobre a Psicologia Clínica e da Saúde.

Bibliografia:

- Alan, J., Kee, P., h., D., Don, Johnson, P., h., D., & Portia, P., h. D. (2002). Burnout and Social Support in Rural Mental Health Counselors. *Journal of Rural Community*.
Acedido em 23/01/2011 a partir de
<http://www.marshall.edu/jrcp/sp2002/Kee.htm>
- Associação Psiquiátrica Americana. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de Transtornos mentais – DSM-V-TR*. Tradução José Nunes de Almeida. Lisboa: Climepsi Editores.
- Azevedo, L. (1999). *Comunicar com assertividade*. Lisboa: I.E.F.P.
- Barroqueiro, M. H. (2002). Terapia comportamental e a sua aplicação em reabilitação. *Análise Psicológica*, 3, 495 – 503.
- Beck, J. S. (1997). *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Beck, A. T., Freeman, A. & Davis, D. D. (2005). *Terapia cognitiva dos transtornos da personalidade*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, A., T. (2010). *Terapia cognitiva da esquizofrenia*. S. Paulo. Artmed editor
- Bergeret, J. (2004). *Psicologia Patológica: Teoria e Clínica*. Lisboa: Climepsi Editores

- Birchwood, M. & Tarrier, N. (1995). *El tratamiento psicológico de la esquizofrenia*. Barcelona. Ariel Psicología.
- Briner, R., B. (1997). Improving *stress* assessment: toward an evidence-based approach to organizational stress interventions. *Journal of Psychosomatic Research*, 43:1. 61-71.
- Burriola, M. (1995). *Estágios Supervisionado*. São Paulo. Cortez.
- Caballo, V. E. (2003). *Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos*. São Paulo: Livraria Santos.
- Coccaro, E. F.; Postemak, M. A. & Zimmerman, M. (2005). Prevalence and features of intermittent explosive disorder in a clinical setting. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 1221-1227.
- Estryn-Behar, M., Kaminski, M., Peigne, E., Bonnet, N., Vaichere, E., Gozlan, C., Azoulay, S., Giorgi, M., (1990). Stress at work and mental health status among female hospital workers. *British Journal of Industrial Medicine*, 47 20-28.
- Fachada, O. (2010). *Psicologia das Relações Interpessoais*. Lisboa: Edições Rumo
- González-Prendes, A. (2007). Cognitive-behavioral treatment of men ann anger: three single case studies. *Cognitive and Behavioral Practice*, N.º 14, 185-197.
- Gouveia, J., P., Carvalho, S. & Fonseca, L. (2004). *Pânico – da compreensão ao tratamento*. (2.^a ed.). Lisboa: Climepsi Editodes.

- Gorenstein, E. E., Tager, F. A., Shapiro, P. A., Monk, C. & Sloan, R. P. (2007). Cognitive-behavioral therapy of persistent anger. *Cognitive and Behavioral Practice*, N.º 41, 168-184.
- Greenberger, D. & Padesky, C. A. (1999). *A mente vencendo o humor*. Porto Alegre: Artmed.
- Guedeney, A., Guedeney, N. (2004). *Vinculação: Conceitos e Aplicações*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Kessler, R. C.; Coccaro, E. F.; Fava, M.; Jaeger, S.; Jin, R. & Walters, E. (2006). The prevalence and correlates of DSM-IV intermittent explosive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 63, 669-678.
- Kivimäki M., Leino-Arjas P., Luukkonen R., & Riihimäki H., (2002). Work stress and risk of cardiovascular mortality: prospective cohort study of industrial employees. *BMJ: British Medical Journal*, 325 (7369)
- Knopf, J., I. (1984). *Childhood psychopathology, a developmental approach* (2th Ed.). New Jersey: Prentice-Hall.
- Lange, A., J. Jakuboviski, P. (1978). *Responsible assertive behavior*. Illinois: Research Press.
- Mage, C., Margison, F. (1997). *Psychotherapy of Psychosis. The Royal College of Psychiatrists*. London. Gaskell.

- Marcelli, D., Braconnier, A. (2005). *Adolescência e psicopatologia*. Climepsi Editores. Lisboa.
- McCloskey, M. S.; Berman, M. E.; Noblett, K. L. & Coccaro, E. F. (2006). Intermittent explosive disorder-integrated research diagnostic criteria: convergent and discriminant validity. *Journal of Psychiatric Research*, 40, 231-242.
- Mendes, A., C., (2002). *Stress e imunidade. Contribuição para o estudo dos fatores pessoais nas alterações imunitárias relacionadas com o stress*. Coimbra: Formasau.
- Monjas, M., I. Caballo, V., E. (2000). *A timidez infantil. Em: E. F. M. Silveiras, Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil*. Campinas: Papirus.
- Muniz, M., Primi, R. & Miguel, F. K. (2007). Investigação da inteligência emocional como factor de controle do *stress* em guardas municipais. *Psicologia: Teoria e Prática*, 9 (1), 27-41.
- Murta, S., G. (2005). Aplicações do Treinamento em Habilidades Sociais: Análise da Produção Nacional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2005,
- Novaco, R. (1997). Remediating anger and aggression with violent offenders. *Legal and Criminological Psychology*, N.º 2, 77-88.
- Nunes, L. & Jólluskin, G., (2010). *Drogas e comportamentos de adição*. Edições: Universidade Fernando Pessoa. Porto.

Roder, V.; Zorn, P.; Brenner, H & Muller, D. (2008). *Manual para o tratamento cognitivo – comportamental dos doentes com Esquizofrenia nas áreas residencial, laboral e de ocupação nos tempos livres (WAF)*. Edição Verlag Hans Huber. 2a edição. Seifert, L. (2009). *Treino em assertividade*. Editora monitor

Sfez, L. (1995). *A Comunicação*, Lisboa, Instituto Piaget.

Serra, A. V. (1999) *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra Lda, 779.

Serra, A. V. (2005). *Stress e bem-estar*. Lisboa: Climpsi Editores.

Serra, A. V. (2007). *O stress na vida de todos os dias* (3ª ed.). Coimbra: Gráfica de Coimbra.

Serra, J. (2011). *83 jogos psicológicos para dinâmicas de grupo*. Paulus editor

Teixeira, F. C. C. (2010). *Stress e Saúde Ocupacional em Profissionais de Risco: Um Estudo com Bombeiros Voluntários Do Distrito do Porto*. Tese de Mestrado não publicada, Universidade do Minho, Braga.

Watzlawick, P., Beavin, J., H., Jackson, D., D. (2001). *Pragmática da Comunicação Humana. Um Estudo dos Padrões, Patologias e Paradoxos da Interação*. São Paulo: Cultrix.

ANEXOS

ANEXO 1

(Casos Clínicos: Registo do treino de reabilitação e Resumo do
Processo Clínico de C. J., J.C., J. e R).



INSTITUTO S. JOÃO DE DEUS
Casa de Saúde S. José

REGISTO DO TREINO DE REABILITAÇÃO

Unidade: Unidade Pierluigi Marchesi	Subgrupo:
Nome: “C. J.”	Data: 09/11/2011

Problema: comportamentos agressivos que tem para com os colegas, e preocupação excessiva que tem pela sua mãe.
Objectivos específicos e metas: Conhecer melhor o utente. Avaliação psicológica inicial. Controlar a agressividade.
Intervenção (métodos e técnicas): Terapia cognitiva-comportamental; Treino de competências Sociais e Pessoais (nomeadamente para lidar com conflitos interpessoais)
Prazo:
Responsáveis: Sónia Machado e Iolanda Silva
Observações: <p><small>Legenda: S = Alcançou o objectivo proposto (com supervisão = x; sem supervisão = y); N = Não alcançou o objectivo proposto; NA = Não Aplicado</small></p> <p>O Sr. “C. J.” encontra-se internado na Casa de Saúde de S. José desde 2004.</p> <p>09-11-11 (09h30 – 10h00)</p> <p>Primeiro contacto com o Utente. História clínica Cognitivo-Comportamental</p> <p>Utente encaminhado pelo Serviço de Enfermagem (Enfermeira Vanessa, coordenadora da</p>

Unidade P.L.) para acompanhamento psicológico com o objetivo de alterar comportamentos agressivos que tem para com os colegas, assim como diminuir a preocupação excessiva que tem pela sua mãe. Tomemos como exemplo o facto do Sr. “C. J.” ligar 15 vezes por dia à mãe. Optou-se inicialmente pela elaboração da História Clínica Cognitivo-Comportamental do utente, uma vez que este carece de informação clínica.

Durante a entrevista o utente apresenta boa postura, contacto facial e ocular adequados. Relativamente à linguagem é pouco compreensível uma vez que não tem dentes. Tal situação faz com que o dialeto não seja muito compreensível.

Fisicamente o utente apresenta tremores e uma diminuição marcada dos movimentos acessórios como o balançar relativo á marcha (Acinesia?), ou seja, uma marcha deficitária devida a uma prótese (segundo o utente, quando estava na Casa de Saúde do Telhal atirou-se do primeiro andar para ir comprar tabaco). O modo de vestir corresponde ao seu padrão socioeconómico e é adequado ao contexto em que está inserido. Ao longo da sessão apresentou-se colaborante e aparentemente calmo.

O Sr. “C. J.” nasceu em Luanda e começa por dizer que veio para Portugal com 17 anos e logo depois (mudando de tema) refere que se queria ir embora da Casa de Saúde, mas que agora não quer, sente-se bem e remata dizendo *“gosto de comer e ir logo para a cama mas como tenho de tomar os comprimidos não deixam, e não gosto”*. Nota-se no utente uma desagregação do pensamento e tangencialidade, ou seja, uma incapacidade de manter o fluxo do discurso e a associação do pensamento dirigidas para um objetivo e centradas no que é essencial.

O seu núcleo familiar é constituído pelo pai, mãe, irmão e cunhada e diz dar-se bem com todos mas tem um apreço especial pela sua mãe. Diz que *“a mãe já é velhinha, tem 87 anos, é diabética e foi funcionária do banco em Luanda... gosto muito da minha mãe”*. Relativamente ao pai diz: *“O meu pai está em Lisboa, tem 83 anos e sofre da próstata. Tenho uma boa relação com o meu pai, escrevo para ele, mas já não me dá dinheiro. O meu irmão tem um BMW e vai a Lisboa ter com o meu pai”*. Continua explicando que a relação dos pais nunca foi muito boa: *“discutiam muito, nunca se deram bem”* e prossegue dizendo: *“no passado era viciado em café e tabaco”* (tangencialidade e desagregação do pensamento, o utente começa um assunto e entra no meio do assunto com outro totalmente diferente).

Esteve na força aérea portuguesa, era primeiro-cabo, mas saiu porque, segundo ele, um

indivíduo (drogado) pegou na arma que era do Sr. “C. J.” e feriu uma rapariga ficando detido 3/5 dias. Mudando totalmente a direção do relato passou a falar sobre a sua situação atual em que está no ateliê (pinta, faz massa com papel do jornais, limpa pó na unidade P.L. entre outras atividades) e que gosta muito.

Procedeu-se ainda, à aplicação do Mini-Mental State (MMS) e o Sr. “C. J.” mostrou-se colaborante e participativo. Manteve contacto ocular, foi acessível, demonstrando uma calma aparente e sentido de humor. Respondeu a todos os itens do MMS, obtendo uma pontuação máxima de 27 pontos o que indica uma ausência de declínio cognitivo. Não possui dificuldades ao nível da orientação, retenção, evocação, linguagem, verificando-se uma moderada dificuldade ao nível habilidade construtiva, da atenção e cálculo.

16/11/11 (09h30 – 10h00)

Aliança Terapêutica. Teste do Relógio com o objectivo de avaliar a Compreensão, memória, noção espacial, abstracção, planeamento, concentração e habilidades visuoestrutivas.

O Sr. “C. J.” dirigiu-se ao Gabinete de Psicologia á hora marcada. Inicialmente fez-se uma abordagem à sessão anterior e procurou-se entender as suas dificuldades atuais. No entanto referiu prontamente que *“não tenho nenhum problema, ando a tomar uns comprimidos mas não sei para que é. Tenho às vezes uma dor na perna porque tenho uma prótese”*. Esta falta de *insight* (a razão pela qual está numa Casa de Saúde), é reveladora de uma característica fulcral de uma perturbação esquizofrénica. O Sr. “C. J.” apresenta anosognosia, ou seja, negação da doença baseada numa distorção da imagem corporal. Na sequência, o utente foi questionado relativamente ao motivo pelo qual se encontra internado na Casa de Saúde e refere passando as mãos pela cabeça: *“porque o médico falou com a minha mãe e ela mandou-me para aqui, questões familiares”*. E continua: *“é tudo da cabeça, tenho dores na cabeça, e depois também tenho dores nesta perna que tenho uma prótese sabia?”* Nesta resposta houve tendência para um *Locus* de Causalidade Externo e verifica-se um *insight* pobre.

Foi perguntado ao utente se estava satisfeito com a sua vida e responde, *“gosto muito de viver porque Jesus Cristo veio á terra para salvar a humanidade e a minha missão é salva-la”*.

Tipo de delírio místico ou religioso, característica compatível com a síndrome esquizofrénica.

À pergunta: *“até que ponto está satisfeito com a sua vida sexual”* o utente refere que está satisfeito e acrescenta, sem pudor: *“posso dizer que a minha vida sexual é satisfatória (...) á noite não porque tomamos os comprimidos e depois dormimos não é? Mas de manhã no ateliê, nas casas de banho (...) sim acho que a minha vida sexual é boa.”*

Foi administrado o Teste do Relógio com o objetivo de avaliar a compreensão, a memória, noção espacial, abstração, planeamento, concentração e habilidades visuoespaciais. O utente mostrou-se motivado, entusiasmado e colaborante. Obteve 10 como pontuação máxima (de 0 a 10). Pontuação 10 a 06: Relógio e números estão corretos: 10 – hora certa

23-11-11 (09h30 – 10h00)

Aliança Terapêutica e administração do Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2) com o objetivo de avaliar um grande número de padrões de personalidade assim como perturbações emocionais.

O Sr. “C. J.” compareceu no gabinete de psicologia à hora marcada. Manteve a mesma postura que teve nas primeiras sessões: uma postura adequada assim como o contacto facial e ocular. Ao longo da sessão foi colaborante.

Iniciou-se a sessão perguntando ao utente como tinha passado a semana desde a última avaliação, e este referiu com entusiasmo *“bem, tive a visita da minha mãe de uma hora e tal e gostei muito. A mãe não quer eu beba café e não quer que fume e também queria que eu pagasse as minhas dívidas”* (cigarros e barbeiro). No entanto começou a ficar triste e continuou dizendo que *“queria que a minha mãe estivesse aqui, mas o meu irmão disse que me ia enviar uma carta com cinquenta euros e eu estou á espera.”* Optando por um discurso tangencial e disperso, continua: *“Mas não estou muito bem, o meu irmão disse que já não quer que eu vá passar o natal a casa porque diz que eu não o ajudo a fazer nada (...) diz que eu depois só quero ir para o café e fumar e depois sento-me lá e não o ajudo, oh oh oh, não sabe o que diz”*. Foi então questionado sobre o que sentia por não ir a casa e refere *“oh, estou muito magoado com o meu irmão mas ele também disse que me enviava dinheiro, e aqui também comemos polvo, não é tão bom mas eu gosto.”*

Demonstrou também alguma incoerência no que diz respeito à gestão das suas relações interpessoais na Casa de Saúde, por exemplo: “...dou-me bem com toda gente”, no entanto, após uma breve reflexão continua: “eles pensam que sabem mais do que eu e isso enerva-me e apetece-me dares-lhe um murro mas deixo-os falar.”

Procedeu-se á explicação e aplicação do MMPI-2. O teste foi administrado pelo profissional (entrevistador), dizendo ao utente que fosse o mais sincero possível e que dependendo das suas respostas, (verdadeiro/falso), não seria questionado, no entanto, ao longo do teste foi verbalizando sobre algumas questões. Durante o teste o utente teve breves paragens de raciocínio (talvez pela pressão das perguntas e/ou emoção?) mostrando-se colaborante, concentrado e entusiasmado, ao ponto de dizer “vamos lá fazer isso, eu hoje não vou ao ateliê, não me apetece, quero estar aqui.” Nesta sequência foi dito ao utente que teria mesmo que ir para o ateliê, uma vez que o trabalho que desempenha lá é muito importante para os colegas darem continuidade aos trabalhos de modelagem e pintura e pediu-se ao utente para falar um pouco acerca do que fazia propriamente e após refletir diz “então eu vou para o ateliê” nota-se uma ambivalência no discurso. No entanto, não foi possível concluir o teste (falta de tempo, cansaço por parte do utente), uma vez que este é constituído por 567 itens optou-se por ser aplicado ao longo de várias sessões (6 a 7 sessões) pois o utente refere que as perguntas são difíceis e demora a responder.

30-11-11 (09h30 – 10h00)

Aliança Terapêutica e continuação do MMPI-2

Às 09.30 o utente compareceu na consulta e ainda antes de se sentar refere “estou muito mal aqui na Casa de Saúde, por isso quero falar com a minha mãe” Foi então perguntado ao Sr. “C. J.” qual o motivo de se sentir mal na Casa de Saúde e com um ar abatido diz “encontro-me preocupado com a minha mãe” nota-se uma grande afetividade e preocupação pela sua mãe ao ponto de nos pedir (mais do que uma vez) que queria ligar-lhe, comportamento, este, que se pretende alterar. Foi-se confrontando o utente com a realidade, numa espécie de diálogo socrático, no sentido de o consciencializar que não deve ligar-lhe sistematicamente, uma vez que já é uma senhora com 87 anos e a sua saúde encontra-se débil ficando também preocupada: “a minha mãe é uma senhora muito doentinha e também já está velhinha”. No

entanto, muda de tema dizendo “*as monitoras começaram a mandar vir comigo porque tenho que ir á missa (...) e eu não fui nem quero ir à missa, ninguém me pode obrigar*” e continua mas num tom mais baixo “*depois não limpo as casas de banho (...) mas tem de lhe ligar, fale com elas, esta semana correu mal, quero ir embora.*” Este tipo de inferência por parte do utente é irreal e errada, uma vez que não são “obrigados” a nada. Saliente-se, que mais uma vez, o utente opta por um discurso tangencial e disperso. Refere ainda, muito abatido, que está doente: “*Eu hoje estou mal, estou constipado*”. No entanto foi dada uma folha ao utente para descrever três desejos e ficou todo entusiasmado e começou a escrever. O primeiro escreve: desejo falar consigo; o segundo: o amor é uma coisa boa e o terceiro: desejo amar as pessoas. Falta de criatividade e produtividade. Conteúdo pobre.

Foi interrogado se queria continuar a fazer o teste (MMPI) uma vez que estava constipado e refere “*sim sim, vamos lá fazer isso mas as perguntas são muito difíceis*”.

Relativamente à pergunta: A maior parte do tempo sinto-me entristecido, o utente responde que é verdade e refere: “*hoje estou com uma pedrada (passando as mãos pela testa), não me apetece ir para o ateliê*”. Numa outra pergunta: Sou feliz a maior parte do tempo, o Sr. “C. J” responde que é falso e verbaliza: “*eu queria ligar era à minha mãe (...)*”. Note-se que o utente, à medida que o teste ia decorrendo, dispersava-se muito em relação ao que lhe era perguntado (discurso circunstancial).

Deu-se por terminada a consulta e o utente relata fintando-me os olhos “*ligue para as monitoras e diga-lhe que não me podem obrigar a ir á missa, tem mesmo que falar com elas porque foram más para mim, eu não queria ir á missa e ralharam-me*”.

Ao longo das sessões nota-se no Sr. “C. J.” restrições da variedade e da intensidade de expressões emocionais (embotamento efetivo?). A falta de interesse nas atividades e a falta de vontade e iniciativa nas tarefas (exemplo: ateliê) são indicadores de uma síndrome esquizofrénica estabilizada com defeito. Defeito essencialmente caracterizado por sintomatologia negativa. Este diagnóstico para ser conclusivo deve ser comprovado através de testes como por exemplo o *Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)*.

07-12-11 (09h30 – 10h00)

MMPI-2

O utente entra no gabinete à hora marcada com uma cara visivelmente abatida mas dá os bons dias sorrindo. Foi perguntado ao utente como tinha passado a semana refere: *“oh, já bebi o meu cafezinho mas ainda estou um pouco doente e já era para ter recebido aquele dinheiro do meu irmão mas ainda ninguém me deu a carta, não sei se já chegou se não chegou e hoje não vou ao ateliê, disseram-me que hoje ia receber e estou á espera”*. Nota-se que o utente está apreensivo para receber o dinheiro, aliás, o Sr. “C. J.” quando tem conhecimento do dia em que vai receber não quer fazer nenhuma atividade ou não está minimamente concentrado na sua realização. Facto que se comprovou nesta sessão em que o utente não respondeu a muitas questões do MMPI-2, dizendo *“hoje estou cansado, nem me apetece pensar, disseram que ia receber hoje, tenho de ir aos enfermeiros.”*

Foi-se confrontando o utente, numa espécie de diálogo socrático, tentando leva-lo a uma conciliação quer a nível monetário (ex: quando o dinheiro chegar ser-lhe-á logo devolvido...) quer das atividades quotidianas (por causa do dinheiro não quer ir para o atelier, nem estar na consulta). Este tipo de diálogo conseguiu diminuir (pelo menos na consulta) os níveis de ansiedade e apreensão do utente em relação ao dinheiro e em ir para o ateliê. Deste modo, e uma vez que se encontra visivelmente mais descontraído e relaxado é a altura indicada para a continuação do teste (MMPI-2), mostrando-se colaborante com breves paragens de raciocínio, no entanto, não comenta nenhuma questão. Passados cerca de quinze minutos refere que está cansado e diz que é melhor acabar por aqui. Levanta-se, estende a mão (para um aperto de mão) e sai.

04-01-12 (09h30 – 10h00)

Aliança Terapêutica e continuação do MMPI.

O utente compareceu na consulta à hora marcada (09:30h). Entra no gabinete visivelmente abatido e refere que não dormiu toda a noite: *“hoje dormi muito mal, tive incontinência urinária. Molhei-me todo e às 03:00h da manhã tive a tomar banho e depois não voltei a dormir”*. Notou-se durante a consulta sonolência por parte do utente. Mencionou ainda a vontade de querer entrar em contacto com a mãe: *“eu até estava á espera da Dra. (Assistência Social) para falar com a minha mãe para lhe contar isto, mas ela não está.”* Neste sentido foi dito ao Sr. “C. J.” que não era necessário ligar à mãe, uma vez que já se encontrava bem e que

está estipulado que apenas pode ligar às segundas e sextas e hoje é terça, ao que responde “*pois, tem razão.*”

Foi perguntado ao utente como tinham corrido as festas (Natal e Passagem de Ano) e diz “*estou triste porque não fui a casa nem teve visitas, mas comi muito. Tou com prisão de ventre. Olhe estive a trabalhar todos os dias, às quatro e meia lavo as casas de banho, ajudo no bar vou para o ateliê e essas coisas todas, mas dormi muito mal*” (desagregação do pensamento e tangencialidade).

Interpretação do MMPI

Escala de validade = na **escala de Dúvida** (?) obteve uma pontuação de zero, o que indica que o utente. cooperou na tarefa e que os resultados são válidos, tendo respondido a todos os itens. A pontuação obtida na **escala Mentira** (L) encontra-se na média, (T=59), revelando que não tentou passar uma imagem falsa de si, reforçando a validade do protocolo. Teve um **score de validade** (F) acima da média (T=72), o que pode traduzir severidade da desordem (utentes psicóticos ou com desordem de comportamento). Por fim, no **score de correção** (K), encontra-se na média (T=44), verifica-se ausência de defensividade e tentativa de parecer bem, existindo um balanceamento adequado entre a auto proteção e auto perceção.

Relativamente às **Escala Clínicas**, encontram-se elevadas as escalas de **Psicopatia** (Pd), (T=61); a **Psicastenia** (Pt), (T=67); **Hipomania** (Ma), (T=67); **paranoia** (Pa), (T=70) e **Esquizofrenia** (Sc), (T=76).

As restantes escalas: **Hipocondria** (Hs), (T=57), a **Depressão** (D), (T=52); a **Histeria de conversação** (Hy), (T=48); a **Masculinidade – feminilidade** (Mf), (T=54); e a **escala Introversão social** (SI), (T=57); encontram-se todas dentro da média.

08-02-12 (09h30 – 10h00)

Surto Psicótico (sintomatologia negativa)

O utente não tem comparecido às consultas (recusando-se a ir para o Gabinete). Deste modo, as sessões realizavam-se no exterior e o utente em todas elas teve sempre a mesma atitude: não colaborante, hostil e desconfiado. Manteve sempre o mesmo discurso (pobre, tangencial e disperso). Quando o utente vê que nos estamos aproximar começa a falar num tom alto e a gesticular: “*manipulações de dinheiros que há aqui, depois não me dão o dinheiro para*

pagar, há problemas de saúde com a minha mãe (...) o meu pénis já não tem reação nenhuma e já faço chichi nas calças. É tudo mentira, a minha mãe disse que é tudo mentira, depois a roupa que eu trouxe deitaram-na fora, muitas complicações (...). E continua: “isto é uma confusão, isto dos psicólogos, enfermeiro e tudo, manipulações de dinheiro, quero ir embora para a minha mãe.” Nota-se no utente pensamentos desconectados ou ligados de forma ilógica. O discurso é difícil de seguir porque salta de um tema para outro de forma análoga (descarrilamento que implica também afrouxamento grave das associações). Para terminar foi dito ao utente que da próxima vez teria mesmo que ir ter ao Gabinete de Psicologia, uma vez que nestas últimas sessões tem-se procurado o utente na parte exterior e a próxima é a vez de o utente ir ter ao gabinete.

22-02-12 (09h30 – 10h00)

Aplicação do teste *Montreal Cognitive Assessment* (MOCA) uma vez que permite o acesso a diferentes domínios cognitivos: atenção e concentração, funções executivas, memória, linguagem, capacidades visuo-construtivas, capacidade de abstração, cálculo e orientação. A pontuação total é de 30 pontos.

O Sr. “C.J.” compareceu no gabinete de Psicologia à hora marcada. Manteve a mesma postura que teve nas primeiras sessões: uma postura adequada assim como o contacto facial e ocular. Ao longo da sessão foi colaborante. Procedeu-se à aplicação do teste (MOCA) e o utente mostrou-se colaborante e participativo e com sentido de humor. Respondeu a todos os itens obtendo uma pontuação máxima de 20 pontos indicando defeito cognitivo leve (dificuldade na atenção; linguagem e evocação diferida)

11-04-12 (09h30 – 10h00)

Matrizes Progressivas de Raven - SPM

Foi aplicado o teste e o utente mostrou-se bastante entusiasmado. Demorou 30 minutos para executar o teste (podendo demorar 45 minutos). Os resultados obtidos revelam que o utente tem um QI entre 80 e 90 correspondente ao grau VI. Representa uma inteligência abaixo da média (zona fronteira) no que concerne à inteligência geral não-verbal e raciocínio

analógico.

18-04-12 (09h30 – 10h30)

Aplicação da *Wechsler Adult Intelligence Scale* (WAIS-III). Tem como objetivo a avaliação clínica da capacidade intelectual do utente.

O Sr. “C. J.” compareceu no gabinete de psicologia à hora marcada. Após a síntese “habitual” sobre a semana e a consulta anterior procedeu-se á explicação e aplicação da WAIS-III. O teste foi administrado pelo profissional (entrevistador). Nesta sessão, foram administrados dois subtestes da WAIS: Completamento de Gravuras (15/25), Vocabulário (33/66), Código – tarefa de codificação (53/133), Semelhanças (12/33), Cubos (32/68) e Aritmética (6/22).

O utente demonstrou motivação e interesse para efetuar o teste. Ao longo da sessão manteve uma postura adequada assim como o contacto facial e ocular.

25-04-12 (09h30 – 10h30)

Aplicação da WAIS-III (continuação)

Administração de dois subtestes da WAIS-III: Matrizes (4/26) e Memória de Dígitos (14/30), Informação (10/28), Disposição de Gravuras (4/22) e Compreensão (6/33).

02-05-12 (09h30 – 10h30)

Aplicação da WAIS-III (continuação)

O utente compareceu no gabinete de psicologia à hora marcada. Ao longo da sessão referiu estar a gostar destes “joguinhos”. Administração de subtestes da WAIS-III: Pesquisa de Símbolos (4/60), Sequências de Letras e Números (5/21) e Compreensão de Objetos (7/52).

09-05-12 / 16-05-12 / 23-05-12 (09h30 – 10h30)

Plano de intervenção

A intervenção elaborada e proposta para o utente segue o modelo cognitivo-comportamental.

As técnicas usadas são: reestruturação cognitiva; desenvolvimento de competências de enfrentamento (como comunicação efetiva, regulação das emoções, autocontrolo, tolerância à frustração, assertividade, pensamentos consequenciais); gestão de emoções negativas, responsabilização, confrontação, reestruturação cognitiva, gestão de *stress*, de resolução de problemas, de treino de competências sociais e de autoafirmação.

30-05-12 (09h30 – 10h00)

Última Consulta

O utente compareceu no gabinete de psicologia à hora marcada. Foi-lhe transmitido que seria a última sessão.

O comportamento do utente, para com os colegas, altera-se progressivamente de forma positiva ao longo das sessões.

Ultrapassou a excessiva preocupação que apresentava pela sua mãe, as dificuldades autoafirmação e de expressar sentimentos.



INSTITUTO S. JOÃO DE DEUS

Casa de Saúde S. José

RESUMO DO PROCESSO CLÍNICO

Data:	09 de Novembro de 2011
Local:	Gabinete de Psicologia
Utente:	“C. J.” - Unidade PLM
Data de Nascimento:	57 Anos
Data de internamento:	2004
Habilitações:	5º ano
Profissão:	Reformado
Estado civil:	Solteiro
Filhos:	Não tem

I - MOTIVO DA CONSULTA

Utente encaminhado pelo Serviço de Enfermagem (Enfermeira Vanessa, coordenadora da Unidade P.L.) para acompanhamento psicológico com o objetivo de alterar comportamentos agressivos que tem para com os colegas, assim como diminuir a preocupação excessiva que tem pela sua mãe.

II - HISTÓRIA BIO-PSICO-SOCIAL

O Sr. “C. J.” nasceu em Luanda e veio para Portugal com 17 anos. O seu núcleo familiar é constituído pelo pai, mãe, irmão e cunhada e refere dar-se bem com todos mas tem um apreço especial pela sua mãe. A relação dos pais nunca foi muito boa, segundo o utente *“discutiam muito, nunca se deram bem”*

Esteve na força aérea portuguesa, era primeiro-cabo, mas saiu porque, segundo ele, um indivíduo (que estava sobre o efeito de substâncias psicotrópicas) pegou na arma que era do Sr. “C. J.” e feriu uma rapariga ficando detido 3/5 dias. Após este episódio veio para Portugal.

III - EXAME DO ESTADO ACTUAL

Aspeto, atitude, atividade: Idade aparente superior à real, de estatura alta e com bigode. Forma de vestir adequada ao contexto em que se encontra. Mantém contacto ocular. É colaborante e aparentemente calmo. Apresenta tremor de ação. Tem marcas de tabaco nos dedos. Diminuição marcada dos movimentos acessórios como o balançar relativo á marcha (Acinesia?), marcha deficitária devida a uma prótese.

Humor e emoções: O humor é eutímico a humor enfurecido. Pouca variedade de emoções.

Discurso e linguagem: Discurso fluente, circunstancial e disperso. Fala geralmente de forma muito pormenorizada.

Conteúdo, processo do pensamento e percepção: Pensamentos tangenciais e circunstanciais, ocasionalmente com afrouxamento das associações.

Cognição: Orientado auto e alopsiquicamente, no tempo e no espaço.

(a) **Classificação do *Mini-Mental State*** = 27/30 (ausência de declínio cognitivo)

(b) ***Montreal Cognitive Assessment (MOCA)*** = 20/30 (limite inferior do normal, defeito cognitivo leve).

(c) **Matrizes progressivas de Raven-SPM** = Grau VI (QI. entre 80 e 90 - zona fronteira) inteligência abaixo da média no que concerne à inteligência geral não-verbal e raciocínio analógico.

(d) ***Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)*** –
Interpretação:

Escala de validade = na **escala de Dúvida** (?) obteve uma pontuação de zero, o que indica que o utente cooperou na tarefa e que os resultados são válidos, tendo respondido a todos os itens. A pontuação obtida na **escala Mentira** (L) encontra-se na média, (T=59), indicativo de querer passar uma imagem positiva de si. Teve um **score de validade** (F) acima da média (T=72), o que pode

traduzir severidade da desordem (utentes psicóticos ou com desordem de comportamento). Por fim, no **score de correção (K)**, encontra-se na média (T=44).

Relativamente às **Escalas Clínicas**, encontram-se elevadas as escalas Psicastenia (T=67); Hipomania (T=67); paranoia (T=70) e Esquizofrenia (T=76).

- Relativamente à Psicastenia (T=67) a pontuação elevada revela inabilidade para resistir a pensamentos e ações específicas de natureza inadaptativa, dificuldades de concentração e emocionalidade negativa.
- No que concerne à Hipomania (T=67) a pontuação pode indicar uma mania, neste caso, referente à sua mãe.
- A Paranoia (T=70) indica desconfiança, hostilidade ou mesmo paranoia (delírio). Tendências interpretativas ou de suspeição e habitualmente culpa os outros.
- Na escala de Esquizofrenia (T= 76) as pontuações apontam para pensamentos bizarros, alienação social, relações familiares desajustadas. Pontuações elevadas podem dever-se a um processo esquizofrénico ou um problema de esquizóide de ajustamento.

As restantes escalas: Hipocondria (Hs), a Depressão (D), (T=52), a Histeria de conversação (Hy), (T=48); a Psicopatia (Pd), (T=60); a Masculinidade – feminilidade (Mf), (T=54) e a Introversão Social (Si); (T= 57) encontram-se dentro da média.

(e) *Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS-III)* – Interpretação:

O utente demonstrou motivação e interesse para efetuar o teste, embora demonstrasse alguma falta de atenção e de concentração no decorrer do mesmo. Apresentou-se vestido adequadamente, com sinais de cuidados de higiene (unhas tratadas, penteado, barba desfeita, etc).

Pode-se considerar que o funcionamento intelectual do utente está num normal **médio**, visto que apresenta um QIT (quociente de inteligência total) de 94 num intervalo de

confiança de 95%, com valores entre os 90 e os 109, (QI verbal = 92; QI de realização = 99).

Da análise detalhada dos subtestes que compõe a escala, verifica-se que não há uma diferença significativa entre as partes verbal e manipulativa, notando-se, porém, sobretudo permanência de conhecimentos adquiridos ao longo da vida e manutenção de níveis de compreensão razoáveis, apesar das dificuldades linguísticas. Relativamente aos índices em análise, verificamos que os resultados mais baixos se situam ao nível da *Memória de Trabalho* (MT = 81) e os resultados mais altos referem-se ao nível da *Compreensão Verbal* (CV = 101) e da *Velocidade de Processamento* (VP = 108).

Insight e juízo crítico: *Insight* diminuído em relação ao seu problema e motivo de internamento e nega a necessidade de estar internado e apresenta um juízo crítico alterado em relação à desinibição emocional, explosões “temperamentais” e impulsividade.

DIAGNÓSTICO: A falta de *insight* que demonstrou ao longo das sessões é reveladora de uma característica fulcral de uma perturbação esquizofrénica. Assim como a falta de interesse nas atividades e a falta de vontade e iniciativa nas tarefas (exemplo: ateliê) são indicadores de uma síndrome esquizofrénica estabilizada com defeito. Defeito essencialmente caracterizado por sintomatologia negativa.

IV - AVALIAÇÃO MULTIAXIAL

Eixo I – 295. 60 Esquizofrenia, Tipo Residual, Episódio Único em Remissão Completa

Eixo II – Sem diagnóstico

Eixo III - Sem diagnóstico

Eixo IV – Sem diagnóstico

Eixo V – AGF (momento da avaliação) = 58

V - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- É importante fazer a distinção da **Perturbação Psicótica Secundária a Um Estado Físico Geral**, um *delirium* ou uma **demência** que são diagnosticadas quando as ideias delirantes ou as alucinações são uma consequência fisiológica direta de um estado físico geral (por exemplo, síndrome de *Cushing*, tumor cerebral), o que não acontece com o Sr. “C. J.”.
- A **Perturbação Psicótica Induzida por substâncias, Delirium induzido por substâncias e a Demência Persistente induzida por substâncias** distinguem-se igualmente da esquizofrenia.
- Não se pode considerar que tenha uma **perturbação esquizoafetiva** porque os sintomas afetivos não estiveram presentes por um período substancial de tempo de duração total da perturbação. Está excluída a possibilidade de uma **perturbação esquizofreniforme** pois a duração total dos sintomas ultrapassou os seis meses.
- Não preencheu os critérios para uma **Perturbação Psicótica Breve** (tem uma duração máxima de 30 dias) porque o utente ultrapassou a duração máxima.
- **Perturbação Global do Desenvolvimento** (é caracteristicamente reconhecida durante a primeira infância ou início da segunda infância enquanto que na Esquizofrenia é raro um início tão precoce).



INSTITUTO S. JOÃO DE DEUS
Casa de Saúde S. José

REGISTO DO TREINO DE REABILITAÇÃO

Unidade: Unidade Pierluigi Marchesi	Subgrupo:
Nome: "J. C."	Data: 10-01-12

Problema:

Instabilidade comportamental; labilidade emocional, delírios de cariz sexual (?) e retardo mental.

Objectivos específicos e metas:

Conhecer melhor o utente. Avaliação psicológica inicial. Necessidade de se relacionar. Necessita de orientação no desenvolvimento das suas tarefas.

Intervenção (métodos e técnicas):

Treino de Competências Sociais: reestruturação de crenças de incapacidade interpessoal e autocontrolo das emoções; ensaio comportamental role-play e Estimulação cognitiva

Prazo:

Responsáveis:

Sónia Machado e Elisabete Costa

Observações:

Legenda: **S** = Alcançou o objectivo proposto (com supervisão = x; sem supervisão = y); **N** = Não alcançou o objectivo proposto; **NA** = Não Aplicado

Utente encaminhado pelo Serviço de Enfermagem (Enfermeira Sara, coordenadora da Unidade P.L.) para acompanhamento psicológico com o objetivo de alterar comportamentos instáveis (conflitos relacionais e isolamento), labilidade emocional e delírios de cariz sexual. Optou-se inicialmente pela elaboração da História Clínica Cognitivo-Comportamental do utente, uma vez que este carece de informação clínica.

REGISTO DAS CONSULTAS SEMANAIS

10-01-2012 (09h30 – 10h00)

Primeiro contacto com o Utente. História clínica Cognitivo-Comportamental

O utente compareceu na consulta à hora marcada. Durante a entrevista o apresenta uma postura que é mantida numa posição fixa, o modo de vestir corresponde ao seu padrão socio-económico e ao contexto em que está inserido. Idade aparente à real, arranjo pessoal cuidado. Inicialmente não mantém contacto ocular, olha em volta repetidamente e fixamente para a mesa (primeira sessão) podendo indicar vergonha, ansiedade ou dificuldade de relacionamento, apresentando também um humor apreensivo. No entanto permanece aparentemente calmo. Sem queixas físicas.

Após dez minutos no consultório o utente refere que vai vomitar: *“sabe...estou mal disposto vou vomitar, é só abrir a boca (olhando para o chão) mas depois a auxiliar vem limpar”*. Nota-se por parte do Sr. “J. C.” ansiedade e apreensão por estar no consultório, no entanto, a consulta continua e o utente tem uma atitude colaborante.

O Sr. “J. C.” foi questionado relativamente ao motivo pelo qual se encontra internado e refere *“estive no Conde Ferreira e no Magalhães lemos porque me deram um choque eléctrico...fui para Lisboa quando tinha 18 anos e conheci uma moça sabe?”*. Nesta resposta o utente opta por um discurso tangencial e disperso havendo a necessidade de incitar o utente ao tema central. Foi então questionado de novo sobre o motivo de estar na Casa de Saúde e diz *“porque levei um choque eléctrico na cabeça e morreu-me uma célula e a minha mãe depois trouxe-me para aqui”* e continua a falar de uma forma muito pormenorizada. Nesta resposta houve uma tendência para um *Locus* de Causalidade Externo e verifica-se um *insight* pobre. Esta falta de *insight* é reveladora de

uma característica fulcral de uma Psicose Esquizofrénica.

Entre outras questões foi perguntado ao utente como se relacionava com a mãe e diz *“era uma boa mãe... quando queria alguma coisa era com ela que me relacionava”*, no entanto, muda de tema começa a falar do Tony Carreira e do Emanuel e começa a cantar uma música: *“nós pimba, nós pimba...”*, passando ainda para o tema da religião. Ao fim de algum tempo o utente começa por falar num tom cada vez mais baixo e mais lento (o discurso torna-se incompreensível; tangencialidade, alogia), nota-se que o utente perde-se no raciocínio. Apresenta uma linguagem fluente de velocidade rápida e em tom baixo.

Para finalizar o utente foi questionado sobre as suas dificuldades actuais e novamente dispersa-se do tema central falando da religião, falando também de uma cunhada: *“a minha cunha da está a estudar para comunista sabe, acho que é a pior coisa que há, não é?”*.

Ao longo de toda a sessão apresentou um discurso circunstancial, básico, pobre (alogia) e pouca riqueza ao nível do seu conteúdo. Dispersou-se facilmente das questões que lhe foram colocadas. Notou-se no Sr. “J. C.” restrições da variedade e da intensidade de expressões emocionais (embotamento efetivo?).

17/01/2012 (09h30 – 10h00)

Aliança Terapêutica e Avaliação psicológica (*Mini-Mental State*) do utente.

O utente entra no gabinete à hora marcada e muito preocupado começa por dizer que lhe tinham roubado dinheiro (10 €). Após algumas perguntas de reflexão refere que já sabia onde o tinha guardado. Disse que a semana foi boa, exceto a noite passada que menciona ter dormido na OBS. Nesta sequência foi perguntado ao utente o porque de ter dormido na OBS e refere *“durante a noite viram-me a arrastar a bota e trouxeram-me para dormir ali”*, tentou-se aprofundar mais a questão mas o utente dispersa-se e fala continuamente: *“esqueci-me de arrumar o papel que tinha mulheres nuas e homens nus (rindo-se) foi a Dr. Marta que me deu. Ontem deitei-me e estive a ver não é? Mas depois deixei lá por esquecimento”* (tangencialidade, afrouxamento das

associações).

Refere que se dá bem com os colegas da Casa mas que estes já lhe bateram nas costas. Foi questionado como reage e diz que chora. Menciona que gosta de estar na casa e continua dizendo: *“mas gostava de me ir embora porque tenho 60 anos e ainda estou solteiro (...) mas fui ao E. leclerc e houve uma senhora que me piscou os olhos sabe? Estava-me a seduzir ...”*. Nota-se com alguma frequência que o utente se refere às mulheres, tema que o deixa com alguma agitação psicomotora.

Procedeu-se à aplicação do Mini-Mental State (MMS) e o Sr. “J. C.” mostrou-se colaborante e participativo. Manteve contacto ocular, foi acessível, demonstrando uma calma aparente. Respondeu a todos os itens do MMS, obtendo uma pontuação máxima de 25 pontos (ligeiramente alterado). Não possui dificuldades ao nível da retenção, linguagem, habilidade construtiva, atenção e cálculo verificando-se uma moderada dificuldade ao nível orientação (7/10) e evocação (1/3).

No fim da consulta, foi-se apurar, quais os motivos para o utente ter dormido na OBS e foi-nos dito que durante a noite foi encontrado a falar sozinho (solilóquios) e apresentava-se confuso.

07/02/2012 (09h30 – 10h00)

Aliança Terapêutica

O utente compareceu na consulta à hora marcada. Referiu que a semana foi boa no entanto começou a dispersar-se *“olhe eu em pequeno parece que não sabia falar bem e depois vim para aqui trabalhar, sabe, vou ser batizado outra vez, porque eu sabia que os ciganos são mal casados (...) eu e a minha irmã fizemos amor porque a culpa é do cão que me queria morder e eu fugi para estar com ela. Eu tinha 6 anos e ela tinha 15 (...)”* Continuando com um discurso confuso mas sempre em ritmo acelerado de forma a não nos deixar intervir: *“a Enf. Sara disse se eu me queria inscrever no (...) e eu pensei cá para mim, se me arranjasses mas é uma esposa é que era (...)”*. Nota-se no utente uma perda da ligação normal e lógica entre ideias (Afrouxamento das associações).

Foi pedido ao utente para referir três desejos, e entusiasmado começou logo por dizer que o seu maior desejo era casar e estar com a esposa até morrer; (2º) arranjar família e trabalhar e refere que não tem mais desejos. Falta de criatividade e produtividade. Conteúdo pobre.

Mencionou que gostaria de saber conversar, e foi-lhe dito que tal já estava a acontecer, no entanto, rematou: *“mas é porque tenho hora marcada.”* E continuou: *“sabe fui passar o natal a casa da minha cunhada e fui às compras com eles e no Lidl tinha uma fotografia de uma rapariga e dizia assim: um pouco sedutora mas fiel e era mesmo assim que eu queria”*. Falou ainda sobre a religião (referindo alguns Santos), a máfia e a droga.

Nota-se ao longo das sessões que o **conteúdo do pensamento é pobre**, restringe-se a um número reduzido de temas e assuntos (mulheres e religião). O diálogo com o utente torna-se difícil, uma vez que apresenta um **discurso tangencial e disperso**. Apresenta ainda **afrouxamento das associações e alogia**.

14/02/2012 (09h30 – 10h00)

Aplicação do *Trail Making Test* (TMT) – Parts A & B com o objetivo avaliar as funções executivas assim como a atenção, concentração e sequenciamento visuoespacial.

O utente compareceu na consulta à hora marcada. Referiu que a semana foi boa, igual às anteriores (...). Procedeu-se à explicação e exemplificação do teste (TMT) e o utente mostrou-se motivado e colaborante. Realizou o TMT **parte A** em 184 segundos (para os adultos com menos de 70 anos, é razoável usar 34 segundos como limite superior do normal), incapaz de executar a **parte B**. Esta última parte do TMT é particularmente sensível na deteção de disfunção cognitiva difusa. Nota-se no utente uma deterioração nas funções cognitivas.

Após finalizar o teste, o utente começou a conversar de forma mais descontraída tentando descobrir a idade de cada uma e dizendo que o que mais apreciava numa mulher são as unhas, logo depois começou a cantar *“onde vais portuguesa bonita, volta*

atrás...”. Deu-se por terminada a consulta e o utente enquanto se dirigia para a porta referiu-se a temas como a guerra e droga.

28/02/2012 (09h30 – 10h00)

Estimulação Cognitiva, e treino de assertividade.

Compareceu à hora marcada. Menciona que a semana foi boa, no entanto, sábado (25/02), durante o dia, ouviu vozes na unidade. Foi questionado se estava sozinho na unidade e refere que sim. Foi ainda perguntado ao utente se as vozes eram do sexo masculino ou feminino e refere *“não sei dizer bem sabe, mas disse coisas que fiz de conta que não ouvi (...). Estava a lavar os dentes e a fazer outras coisas para não a ouvir, mas só disse uma palavra. Ela queria matar-me com a fita-cola mas eu como não lhe dei conversa foi-se embora”*. No entanto, não se lembra da palavra que ouviu. Questionou-se o utente sobre pensamentos estranhos ou bizarros e começou a falar de uma fuga misteriosa quando esteve no Hospital Magalhães Lemos (**discurso tangencial e disperso**). Estas alucinações auditivo-verbais por parte do utente referem-se aos sintomas positivos da esquizofrenia.

Foram aplicados alguns exercícios de estimulação cognitiva e treino de assertividade com o objetivo de melhorar o raciocínio, desenvolver a concentração, a comunicação e perceção, estimular a inteligência multifocal e agilidade mental. O Sr. “J. C.” mostrou-se colaborante e motivado, no entanto, não conseguiu manter-se concentrado nos exercícios.

17/04/2012 (09h30 – 10h00)

Matrizes Progressivas de Raven – SPM

O utente compareceu na consulta meia hora atrasado. Sentou-se e não tirou o chapéu, dizendo que assim trabalhava melhor. E continuou: *“sabe eu até ao fim deste mês, até agosto queria estar bom para ir embora, já estou aqui à 24 anos, queria ir embora para casar. Gostava de ir para Itália (...)*. Este desejo de sair da Casa de Saúde para

casar revela por parte do utente um *insight* pobre.

Procedeu-se à explicação e exemplificação do teste (MPR-SPM) e o utente mostrou-se motivado e colaborante. Durante o teste o utente distraiu-se com muita facilidade e falou sobre vários assuntos. Demorou cerca de 40 minutos para executar o teste. Os resultados obtidos revelam que o utente tem um QI entre 60 e 69 correspondente a uma Debilidade Mental Ligeira (grau VII), no que concerne à inteligência geral não- verbal e raciocínio analógico.

08-05-12 (09h30 – 10h00)

Aplicação da *Wechsler Adult Intelligence Scale* (WAIS-III), tendo como objetivo a avaliação clínica da capacidade intelectual do utente.

O utente compareceu no gabinete de psicologia à hora marcada. Após a síntese “habitual” sobre a semana e a consulta anterior procedeu-se à explicação e aplicação da WAIS-III. O teste foi administrado pelo profissional (entrevistador). Nesta sessão, foram administrados dois subtestes da WAIS: Completamento de Gravuras (4/25) e Vocabulário (30/66).

O utente demonstrou motivação e interesse para efetuar o teste. Ao longo da sessão manteve uma postura adequada assim como o contacto facial e ocular.

15-05-12 (09h30 – 10h00)

Aplicação da WAIS-III (continuação)

O utente compareceu no gabinete de psicologia à hora marcada. Ao longo da sessão mostrou-se entusiasmado e participativo. Referiu que está a gostar de executar este teste. Procedeu-se à aplicação da WAIS-III e foram administrados mais quatro subtestes: Código – tarefa de codificação (13/133), Semelhanças (3/33), Cubos (0/68) e Aritmética (10/22).

22-05-12 (09h30 – 10h00)

Aplicação da WAIS-III (continuação)

Administração de dois subtestes da WAIS-III: Matrizes (8/26) e Memória de Dígitos (12/30).

05-06-12 (09h30 – 10h00)

Aplicação da WAIS-III (continuação)

Administração de três subtestes da WAIS-III: Informação (9/28), Disposição de Gravuras (4/22) e Compreensão (4/33).

12-06-12 (09h30 – 10h30)

Aplicação da WAIS-III (continuação) e treino de competências sociais.

O utente compareceu no gabinete de psicologia à hora marcada. Ao longo da sessão referiu estar a gostar destes “joguinhos”. Administração de subtestes da WAIS-III: Pesquisa de Símbolos (4/60), Sequências de Letras e Números (4/21) e Compreensão de Objetos (8/52).

Treino de Competências Sociais: assertividade, resolução de conflitos ou problemas emocionais, comunicacionais e comportamentais que afetam as relações com os outros.

19-06-12 (09h30 – 10h30)

Continuação

Treino de Competências Sociais: assertividade, passando também pela resolução de conflitos ou problemas emocionais, comunicacionais e comportamentais que afetam as relações com os outros.

26-05-12 (09h30 – 10h00)

Última Consulta

Não foram notórias modificações no utente, mostrou-se sempre resistente à mudança. Neste sentido, o utente encontrava-se ainda com muitas dificuldades.

O utente compareceu no gabinete de psicologia à hora marcada. Foi-lhe transmitido que seria a última sessão.



RESUMO DO PROCESSO CLÍNICO

Data:	10 de Janeiro de 2012
Local:	Gabinete de Psicologia
Utente:	“J. C.” - Unidade PLM
Data de Nascimento:	10/12/1951 -60 Anos
Data de internamento:	09 de Março de 1988
Habilitações:	4º ano
Profissão:	Reformado
Estado civil:	Solteiro
Filhos:	Não tem

I - MOTIVO DA CONSULTA

Utente encaminhado pelo Serviço de Enfermagem (Enfermeira Sara, coordenadora da Unidade P.L.) para acompanhamento psicológico com o objetivo de alterar comportamentos instáveis (conflitos relacionais e isolamento), labilidade emocional e delírios de cariz sexual.

II - HISTÓRIA BIO-PSICO-SOCIAL

- Natural de Trás-os-Montes e Alto Douro (Alijó).
- Segundo o utente, é o terceiro de uma fratria de 7 filhos, ambos foram planeados e desejados, no entanto, dois dos irmãos falecem à nascença.
- Em criança o pai batia-lhe: *“o meu pai gostava de nós mas quando batia era como um cego, batia-me muito”*
- No que concerne à educação em casa, o utente refere que era e sempre foi o pai quem impingia as regras de uma forma autoritária, a mãe não se metia em nada.

- Relativamente à escola refere que sempre teve uma boa relação com os colegas e professores, completou a 4ª classe
- Provém de uma família de nível socioeconómico média;
- O Utente tem bastante apoio do irmão “A” e da cunhada. Costumam visitá-lo várias vezes, ao longo do ano vai de licença a casa nas principais comemorações anuais, onde permanece um mês.

III - EXAME DO ESTADO ACTUAL

Aspecto, atitude, actividade: Idade aparente coincidente com a real, de estatura baixa. Bem vestido, inicialmente relutante em falar, mas posteriormente colaborente. Mantém contacto ocular. Episodicamente agitado. Apresenta tremor de ação (mãos). A determinada altura refere que está enjoado, levanta-se e sai do gabinete (voltando logo a seguir).

Humor e emoções: O humor é eutímico mas ligeiramente ansioso. Pouca variedade de emoções, no entanto, as que exhibe são apropriadas.

Discurso e linguagem: Discurso circunstancial, básico, pobre (alogia), tangencial e disperso havendo a necessidade de incitar o utente ao tema central. Fala geralmente de forma muito pormenorizada. Solilóquios.

Conteúdo, processo do pensamento e percepção: Pensamentos tangenciais e circunstanciais, ocasionalmente com afrouxamento das associações. Pensar desconexo. Restringe-se a um número reduzido de temas e assuntos (mulheres e religião). Presença de alucinações auditivas. Ausência de ideias delirantes de carácter persecutório, prejuízo e místicas.

Cognição: Orientado auto e alopsiquicamente, no tempo e no espaço.

(a) **Classificação do Mini-Mental State** = 25/30 (limite inferior do normal).

(b) **Trail Making Test (TMT)** = parte A - 184 segundos, incapaz de executar parte B (deterioração nas funções executivas).

(c) **Matrizes Progressivas de Raven- SPM**= Grau VII- Debilidade Mental Ligeira (QI. entre 60 e 69).

(d) Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS-III) – Interpretação:

O utente evidenciou motivação e interesse para efetuar o teste, embora demonstrasse alguma dificuldade em organizar o seu discurso, que por vezes se tornava confuso. O desempenho na WAIS permitiu situar a capacidade intelectual do utente no nível **inferior**, fronteira para a normalidade fraca (QI total = 78 (QI verbal = 89; QI realização = 70). Da análise detalhada das provas, verifica-se que há uma diferença significativa entre as partes verbal e manipulativa, com pontuação superior na área verbal.

Constata-se que, em relação aos índices calculados, o indicador mais baixo verificou-se na *Velocidade de Processamento* (VP=71), seguido da *Organização Perceptiva* (OP=71). Relativamente aos indicadores mais altos referem-se à *Memória de Trabalho* (MT = 89) e *Compreensão Verbal* (CV = 90).

Insight e juízo crítico: Verificou-se um insight pobre em relação ao seu problema e motivo de internamento, assim como, dificuldades nas funções executivas (pensamento abstrato, mudança de contexto mental). Apresenta juízo crítico diminuído.

DIAGNÓSTICO: A falta de *insight* que demonstrou ao longo das sessões é reveladora de uma característica fulcral de uma **Perturbação Esquizofrénica** (e.g.: “... levei um choque elétrico na cabeça e morreu-me uma célula e a minha mãe depois trouxe-me para aqui”, referindo-se à Casa de Saúde). Assim como, em algumas sessões, referiu ouvir vozes “(...) Estava a lavar os dentes e a fazer outras coisas para não a ouvir (a voz). Ela queria matar-me com a fita-cola mas eu como não lhe dei conversa foi-se embora”.

IV - AVALIAÇÃO MULTIAXIAL

Eixo I: 295. 30 Esquizofrenia, Tipo Paranóide

Eixo II: Sem diagnóstico

Eixo III: Sem diagnóstico

Eixo IV: Sem diagnóstico

Eixo V: AGF (momento da avaliação) = 48

V – DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- Não preencheu os critérios para a **perturbação psicótica devido a um estado físico geral** pois não existiram evidências de exames físicos ou testes laboratoriais que indicassem que as ideias delirantes ou alucinações fossem uma consequência fisiológica direta de um estado físico geral. Também não preencheu os critérios para perturbação psicótica induzida por substâncias pois não se considerou que o consumo de álcool estivesse relacionado com as ideias delirantes ou alucinações pois não haviam dados clínicos suficientes que o comprovem.
- Não se pode considerar que tenha uma **perturbação esquizoafetiva** porque os sintomas afetivos não estiveram presentes por um período substancial de tempo de duração total da perturbação. Está excluída a possibilidade de uma **perturbação esquizofreniforme** pois a duração total dos sintomas ultrapassou os seis meses (APA, 2002).



INSTITUTO S. JOÃO DE DEUS
Casa de Saúde S. José

REGISTO DO TREINO DE REABILITAÇÃO

Unidade: Residência Angulo	Subgrupo:
Nome: "J."	Data: 3/11/2011

<p>Problema: Crises de ansiedade (quando tem que cumprir as tarefas na Residência) e dificuldades interpessoais.</p>
<p>Objectivos específicos e metas:</p> <p>Conhecer melhor o utente. Avaliação psicológica inicial. Necessidade de se relacionar.</p>
<p>Intervenção (métodos e técnicas): Terapia cognitiva-comportamental que permita alterar esquemas disfuncionais e pensamentos distorcidos associados à avaliação de estímulos ansiogénicos, e estratégias comportamentais que visem uma melhor mobilização dos recursos face às exigências das tarefas que lhe são colocadas.</p>
<p>Prazo:</p>
<p>Responsáveis:</p> <p>Sónia Machado e Iolanda Silva</p>
<p>Observações:</p> <p><small>Legenda: S = Alcançou o objectivo proposto (com supervisão = x; sem supervisão = y); N = Não alcançou o objectivo proposto; NA = Não Aplicado</small></p> <p>03/11/2011 (10h00 – 10h30)</p> <p>Primeiro Contacto e História Clínica Cognitivo-Comportamental.</p>

O utente compareceu à sessão na hora marcada apresentando-se de forma cuidada. Sentou-se no gabinete e ficou completamente curvado sobre si, com os olhos baixos, sem ter estabelecido contacto visual durante toda a avaliação, podendo indicar vergonha, ansiedade ou dificuldade de relacionamento, apresentando, também um humor apático. Durante toda a entrevista o Sr. “J” demorou ainda a responder às perguntas que lhe foram colocadas, respondendo a todas as questões de uma forma simplista e muito breve do tipo sim ou não. Manteve a mesma postura (catatónica) até ao fim da avaliação. (...) Descreve-se como uma pessoa simples, humilde e atenciosa, no entanto, demorou a responder. Trabalha na roupa e diz que gosta das funções que desempenha.

Relativamente as habilitações afirma ter concluído o 9º ano, mas que não continuou devido a um esgotamento. (...) Quando lhe foi perguntado se alguma vez pensou ingressar no ensino superior o Sr. “J” refere “*não, não tenho capacidades*”. Este sentimento de inferioridade acompanhado pelo humor apático e a falta de interesse nas atividades quotidianas: “*preferia estar na unidade em que estava antes (Unidade de São João de Deus) ... não havia preocupações*” (apatia, avolia, anedonia) estas preocupações a que o utente se refere são as tarefas que têm de desempenhar na Residência Angulo como limpar o pó, passar a ferro, cozinhar, entre outras, podem preencher os critérios para um Episódio Depressivo Major, no entanto, este diagnóstico requer mais tempo de observação e testes que comprovem como por exemplo: (Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II) ou Major Depression Inventory (MDI) que será aplicado numa das avaliações que se seguem.

Refere que já esteve hospitalizado 4 vezes na Casa de Saúde Portuense e no Hospital Magalhães Lemos com sintomas depressivos e diz ainda que “*a madrinha já procurou ajuda psiquiátrica por causa do stress*”. No entanto não quer falar deste assunto, sentindo-se aparentemente aliviado quando se mudou de tema. Segundo o seu processo clínico, o Sr. “J” havia tentado violar sexualmente a madrinha (cuidadora e tutora), acontecimento que o deixa desconfortável e utiliza como mecanismo de defesa a negação. Um outro exemplo de negação: foi pedido ao utente que revelasse algum aspeto marcante na sua vida até ao momento, após um longo período de silêncio foi perguntado novamente ao utente aspetos positivos e negativos que marcaram a sua vida

e refere “*não há nenhum acontecimento marcante*”.

Ao longo da sessão expressa sentimentos negativos como o embotamento afetivo, ou seja, dificuldades em expressar emoções e sentimentos, aparência imóvel e sem resposta da face do utente, com reduzido contacto ocular e reduzida expressão corporal (Alexitimia). Um outro sentimento negativo verificado refere-se à alogia, pobreza do discurso, que é manifestada por respostas breves lacónicas ou sem conteúdo: “... *sim... não...estou bem...*” ou seja, diminuição da fluência ou produtividade do discurso. Esta situação deve ser diferenciada da ausência de desejo de falar, um “juízo clínico” que requer a observação ao longo do tempo e em situações variadas, situações essas que ainda não foram possíveis por em prática.

10-11-11 (10h00 – 10h30)

Mini-Mental State, tendo como objetivo a avaliação cognitiva do Utente.

O Sr. “J” compareceu às 10h00 no gabinete de Psicologia como tinha sido agendado na sessão anterior. Mantém a mesma postura que teve na primeira sessão: uma postura retraída e olhar fugidio, olhando fixamente para a mesa, ou seja, não mantém contacto ocular durante a avaliação. Iniciou-se a sessão perguntando ao utente como tinha passado a semana desde a última avaliação, e só após a repetição da mesma pergunta fez com que o Sr. “J” relatasse “*a semana foi boa*”, foi-lhe pedido para descrever um acontecimento positivo e um negativo que tivesse ocorrido durante a semana e mais uma vez refere apenas “*foi boa*”. Pretendeu-se adotar uma aliança terapêutica mas o utente continua a revelar uma ausência de *feedback* emocional. Nota-se uma lentificação geral dos movimentos, da fala e do pensamento. As respostas são monossilábicas, existe um aumento na latência das respostas, manutenção da mesma posição por períodos de tempo longos, ausência de gesticulação, expressão facial triste ou inexpressiva indicando retardo psicomotor.

Procedeu-se à aplicação do Mini-Mental State (MMS). O utente colaborou, sem entusiasmo, e responde a todas as questões com sucesso exceto na Atenção e Cálculo, no entanto, obteve uma pontuação máxima de 28 pontos o que indica uma ausência de declínio cognitivo, não possui dificuldades ao nível da orientação, retenção, evocação,

linguagem e habilidade construtiva, verificando-se uma moderada dificuldade ao nível da atenção e cálculo.

(...) O Sr. “J” foi questionado relativamente ao motivo pelo qual se encontra internado e ao fim de mais um período longo de silêncio diz não saber o motivo. Na sequência, foi questionado se achava pertinente o internamento diz que sim mas não sabe o porque de estar internado até porque refere enumeras vezes “*estou bem*” Esta falta de *insight* (a razão pela qual está numa Casa de Saúde e a sua importância), é reveladora de uma característica fulcral de uma Psicose Esquizofrénica (Forma Esquizo Afectiva).

Tal como na sessão anterior o utente revela uma ausência de *feedback* emocional, permanecendo imóvel durante toda a sessão

17-11-11 (10h00 – 10h30)

Aliança Terapêutica

Em diálogo com outros profissionais da Casa de Saúde, foi-nos dito que o Sr. “J” durante a semana tivera uma crise de ansiedade e o seu comportamento tinha mudado ligeiramente.

O utente entra no gabinete, pelas 10h00, e comprovou-se que o seu comportamento havia mudado ligeiramente: ao sentar-se fica elevado e não encurvado como nas primeiras sessões, mantém contacto ocular, embora por pouco tempo e com um ligeiro *feedback* emocional.

Iniciou-se a sessão perguntando ao utente como tinha passado a semana desde a última avaliação, e prontamente responde que “*foi boa*”. O Sr. “J” continua a omitir os acontecimentos ditos traumáticos e nesta sequência foi-se confrontando o utente com a realidade, numa espécie de diálogo socrático, tentando levar o utente a um *insight* através da desmistificação de pensamentos e convicções irracionais. Assim, perguntou-se ao Sr. “J” se lhe faltava alguma coisa: “*...eu estou bem*”. E gosta de estar na Residência? “*não, não gosto muito de estar na residência (...) provocam-me e não têm razão para me provocar.*” Foi pedido ao utente para dar exemplos, contudo, manteve-se em silêncio, mesmo depois de se repetir novamente a pergunta. Foi questionado sobre a crise de ansiedade que teve durante a semana e refere não saber o motivo pelo qual

ficou assim. Deste modo, confrontou-se novamente o utente dizendo-lhe se não teria ficado alterado por causa das tarefas que tem de desempenhar na Residência e responde abanando com a cabeça para cima e para baixo, dizendo ao mesmo tempo “*sim*”. Nota-se no utente uma pobreza do discurso. Discurso monossilábico, raramente espontâneo e com pouca riqueza ao nível do seu conteúdo.

Foi pedido ao utente para enumerar algumas vantagens e desvantagens de estar na Residência Angulo e referiu-se apenas às desvantagens: “*eles fazem muito barulho, não me deixam descansar*”. Uma vez que não foi muito explícito nem sincero na resposta foi-lhe dito quais são as regras da Residência como por exemplo: limpar a casa, fazer a sua higiene pessoal, cozinhar, ajudar os colegas de casa, etc. levando o utente a entender o quão é importante, para a sua autonomia, estar na Residência ao contrário da Unidade de S. João de Deus em que todas as tarefas quotidianas são executadas pelas auxiliares levando-o a regredir no seu comportamento e não a progredir. Espontaneamente o utente diz “*tem razão, quero ficar na Residência*” e isso poderá ter duas interpretações. Na primeira interpretação o utente poderá interiorizar e ter consciência de que realmente estar na Residência é o melhor para si (ter autonomia, privacidade, entre outros), e relativamente à segunda interpretação, o utente poderá apenas ter verbalizado que ficar na Residência é o melhor simplesmente para tentar transmitir algo de positivo e na tentativa de me conquistar a confiança e agradar ou estratégia para mudar de assunto. Foi então questionado se realmente estaria disposto a dar mais de si, tanto nas tarefas como no companheirismo demonstrado para com os colegas e verbaliza prontamente um “*sim, estou disposto*” com um sorriso, ainda que tímido.

Questionou-se o utente sobre o que ele gostaria de fazer ou o que lhe daria mais prazer e refere que “*gostava muito de passear, dar uma caminhada*”, e foi perguntado o motivo pelo qual ainda não o tinha feito mas refere que não sabe (avolia).

A sessão termina dizendo ao utente o que iríamos fazer na próxima sessão (aplicação do MMPI).

24-11-11 (09h30 - 10h00)

Aliança Terapêutica e administração do Minnesota Multiphasic Personality

Inventory (MMPI-2) com o objetivo de avaliar um grande número de padrões de personalidade assim como perturbações emocionais.

Nesta sessão o utente chega meia hora mais cedo, às 09h30. Procura-se responsabilizar o utente. Senta-se elevado, costas direitas, cabeça levantada, olhando fixamente para mim e para o que tinha em cima da mesa (papeis) e braços sobre as pernas. Postura que manteve até ao fim da avaliação.

Questionou-se como tinha passado a semana desde a última avaliação, e prontamente responde “*estive estável*”. Foi pedido ao Sr. “J” para descrever o que gostou mais de fazer e aquilo que menos gostou de fazer na semana e menciona que gostou de cozinhar e passear (algo que, segundo o próprio nunca tinha feito desde que está na Casa de Saúde). No entanto, continua a não se referir os comportamentos ou acontecimentos negativos. O Sr. “J” foi questionado sobre os dias da semana que mais gostava e refere que é o “*domingo (...) porque é o dia da semana que não tenho tarefas*”. O utente já começa a verbalizar mais sobre o que sente. Deste modo, será a altura indicada para a administração do MMPI-2. O teste foi administrado pelo profissional (entrevistador), dizendo ao utente que fosse o mais sincero possível e que dependendo das suas respostas (verdadeiro/falso) não seria questionado.

Durante o teste o utente mostra-se colaborante, concentrado e motivado. No entanto, não foi possível concluir o teste (falta de tempo, e cansaço por parte do utente para não enviasar as respostas), uma vez que este é constituído por 567 itens.

29-11-11

Crise de ansiedade

O Sr. “J” chega à entrada da casa de saúde acompanhado pela auxiliar da Residência Angulo e enfermeiros. Em diálogo com estes profissionais, foi-nos dito que o utente tivera mais uma crise de ansiedade e o seu comportamento tinha mudado. Após algum tempo na sala de observações, o utente foi ter ao gabinete de Psicologia acompanhado pelo Dr. Ricardo (Psicólogo e orientador), o qual conduziu posteriormente a avaliação.

O Sr. “J” apresentava debilidade física, desorientação total no tempo, no espaço e na situação.

Foi iniciada a sessão perguntando ao utente quando lhe tinha acontecido esse episódio (crise de ansiedade) e após um longo silêncio refere que foi no sábado, e foi questionado sobre os motivos para tal acontecer e verbaliza: “*o Ricardo não me deixou dormir*”, e, uma vez que não existe nenhum Ricardo na Residência, tentou-se explorar melhor perguntando-lhe quem era o Ricardo, ao qual responde “*é o morador da Residência*”. “*E o que ele fez para não o deixar dormir? Pôs-me a subir escadas, acima e abaixo apagou a luz, foi às 11 horas*”. Começa a ter comportamentos estereotipados passando a mão repetidamente pela testa e nariz. Nesta sequência, foi questionado se nos conseguia explicar o porque de ele fazer isso, ou seja, não o deixar dormir e diz: “*ele tinha tomado muito café*”. Uma vez que insistia na existência de um Ricardo na Residência, foi confrontado se tinha a certeza que o nome dele era mesmo Ricardo e novamente diz “*sim, é Ricardo. Então consegue-nos descrever o Ricardo?*” Pergunta ao qual não obtivemos resposta. “*Consegue-nos dizer como se chamam os colegas de casa?*” O Sr. “J” refere, muito vagarosamente, os colegas (alguns nomes não estavam corretos) mas não refere o Ricardo e volta a passar a mão pela testa e nariz fechando os olhos (esteriotipias). Nota-se que no decurso da avaliação, o utente, foi tendo um discurso desconexo, desorganizado, com fragmentação de ideias e sem sequência lógica. Apresenta também uma alogia, ou seja, pobreza do discurso, manifestada por respostas breves lacónicas e sem conteúdo, tomemos o exemplo que se segue. Foi perguntado ao utente o que poderíamos fazer para o ajudar? Ao que refere “*fazer perguntas*”.

Ao longo da sessão verificou-se uma obnubilação mental, o utente demonstra uma redução ao nível das funções psíquicas como a perceção, atenção, orientação, raciocínio, capacidade de observação; dificuldade para formar e relacionar conceitos da realidade e incoerência das ideias. As respostas dadas pelo utente são breves, monossilábicas existindo um aumento na latência das respostas, manutenção da mesma posição por períodos de tempo longos, ausência de gesticulação e a sua expressão facial triste ou inexpressiva indicando retardo psicomotor.

Para finalizar foi-lhe perguntado se pudesse mudar alguma coisa o que mudaria, reforçando que a resposta do utente era muito importante. Contudo, refere apenas “*não*

mudava nada” e foi então dito ao utente que a resposta não era válida e que teria de pensar melhor, mas manteve-se em silêncio. Confrontou-se então o utente com a realidade (já não era a primeira crise de ansiedade, logo, não estava bem), na tentativa de levar o utente a um *insight*. Entretanto o utente passa novamente a mão pela teste repetidamente e fecha os olhos por um considerável período de tempo. Posteriormente, e acordado com um toque na mesa, sobressaltado e respondendo prontamente que *“mudava de telefone”* e começando com alterações ao nível da respiração, hiperpnéia, ou seja, frequência respiratória anormalmente profunda e rápida, resultado, na maioria dos casos de uma crise de ansiedade e/ou de pânico onde acabou por vomitar.

Durante a tarde

Teve uma crise de epilepsia durante a tarde e foi levado para o hospital. Informou-se a família do utente e foi questionada se era o primeiro episódio de epilepsia e referem que o Sr. “J” é epilético, informação que não consta no processo clínico do doente. Este episódio epilético (ocorrido durante a tarde) poderá dever-se a uma alteração terapêutica farmacológica implementada pelo Psiquiatra que desconhecia que o utente tinha Epilepsia.

O utente foi depois transferido para a unidade S. João de Deus.

09-02-12 (10h00 – 10h30)

Aliança Terapêutica - análise da evolução da adaptação à nova resposta residencial (da Residência para a Unidade S. João de Deus).

O utente compareceu á hora marcada. Durante a sessão apresenta postura, tom de voz, contacto facial e ocular adequados. O humor do utente foi predominantemente eufímico, dentro dos limites do normal, com uma expressão emocional consistente e confortável, esporadicamente esboça um sorriso. Mostrou-se colaborante ao longo da consulta, contrariamente às sessões anteriores.

O Sr. “J” refere que gosta de estar na Unidade de S. João de Deus *“o que me prende mais são as amizades, na Residência gozavam comigo e aqui não.”* Nota-se que o utente, com esta nova resposta residencial, mudou razoavelmente a sua postura e

atitude, encontra-se aparentemente mais calmo e com um discurso fluente.

12-04-12 (10h00 – 10h30)

Episódio Maníaco

O utente não compareceu à consulta à hora marcada, fomos ao seu encontro no ateliê. O Sr. “J” encontrava-se, com outro utente, numa sala a pintar com a música bastante alta. Assim que nos vê sorriu e começou logo a falar num tom bastante alto e “energético”: *“Oh Dra. enfermeira olha que eu não me esqueci da consulta mas tive que vir para aqui pintar, gosto muito disso, mas depois apareço lá pode ser (...)”*. Enquanto falávamos com a auxiliar (na parte exterior) o utente interrompeu várias vezes gritando: *“Oh senhoras enfermeiras eu gosto muito de vocês”* e *“eu depois apareço lá, eu hoje sinto-me bem”*. Nota-se no utente uma energia e euforia que não são comuns.

Meia hora depois o utente apareceu à consulta e durante a sessão apresentou-se eufórico, agitado (aumento de energia) o discurso (coerente e lógico) foi particularmente “enérgico” em quantidade, falando ininterruptamente em tom alto e bastante acelerado. O tema mais abordado pelo utente referiu-se á sua vida afetiva (*“tive três namoradas que gostei muito mas a última faleceu, sempre as respeitei...Sou um homem muito romântico”* menciona os nomes, como as conheceu, alguns episódios que acontecerem durante o namoro). Tema que nas sessões anteriores causavam ao utente algum desconforto. Damos por terminada a sessão e o utente começa a cantar em voz alta.

Nota: ?

1ª Hipótese: o utente foi a casa (1ª vez desde que está internado) nos dias 7 e 8. Esta ida a casa poderá ter despoletado a sua vulnerabilidade e consequentemente toda a sintomatologia (principalmente positiva), assim como a interrupção da medicação. (?)

2ª Hipótese: o utente relatou que, um ou dois dias, antes de ir a casa foi-lhe alterada a terapêutica farmacológica. (?)

3ª Hipótese: sintoma característico de uma Perturbação Esquizoefectiva (Tipo bipolar)

que inclui um episódio maníaco. (?)

17-05-12 (09h30 – 10h00)

Compareceu meia hora mais cedo. Apresentou-se mais calmo. Discurso coerente e fluente num tom muito baixo e por vezes ininteligível (mal abre a boca para falar). Refere que se encontra bem, “*estou bem e estável*”. Menciona ainda que “*durante a tarde tenho sonolência mas é normal devido à medicação... por exemplo, quando vou à missa durmo um bocado, mas é normal*”. Nota-se no utente um *insight* pobre em relação ao seu problema atual (episódio maníaco). Disse-nos que iria receber 5 cigarros por dia, mas, uma vez que nos tinha dito que não fumava foi questionado e responde “*sim fumo, menti. Desde os 14 anos que fumo e já bebi cerveja às escondidas.*” Antes de se ir embora pede-nos uma opinião “*nós os jovens temos necessidades e eu aos domingos vejo uma revista que tem senhoras mais eróticas e mansturbo-me, tem mal?*”. Foi dito ao utente que não tem mal desde que o faça num local reservado, e desde que não importune os colegas. O utente sente-se envergonhado e nota-se que se sente culpado pelo seu comportamento sexual.

23-05-12 (09h30 – 10h00)

Última consulta

O utente compareceu na consulta à hora marcada e ainda sem entrar para a consulta repete várias vezes que quer muito falar de um assunto/experiência que teve durante essa noite e começou “*sabe, eu hoje tive relações homossexuais durante a noite*”. Foi perguntado ao utente se foi obrigado a ter relações e refere que não acrescentando “*até gostei*”. Nota-se que o utente se mostra arrependido (pelo menos enquanto este episódio maníaco estiver presente).

Durante a sessão apresentou-se ligeiramente agitado. Discurso coerente e fluente num tom muito baixo e por vezes ininteligível. Manteve sempre contacto ocular.



RESUMO DO PROCESSO CÍNICO

Data:	03 de Novembro de 2011
Local:	Gabinete de Psicologia
Utente:	“J” – Unidade
Data de Nascimento:	16/02/1970– 40 Anos
Data de internamento:	17 de Novembro de 2010
Habilitações:	9º ano
Profissão:	Reformado
Estado civil:	Solteiro
Filhos:	Não tem

I - MOTIVO DA CONSULTA

O utente foi encaminhado para acompanhamento psicológico individualizado por indicação da equipa multidisciplinar da Residência Angulo com o objetivo de reduzir as crises de ansiedade (quando tem que cumprir as tarefas na Residência) e dificuldades interpessoais.

II – HISTÓRIA DO PROBLEMA

Foi solicitada a colaboração do serviço social pelo facto da cuidadora (tia/tutora) se encontrar desgastada e sem condições físicas e psicológicas para continuar a acolher e a viver com o doente.

Doente com 2 internamentos: Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, por descompensação psicótica neste último ano.

III - HISTÓRIA BIO-PSICO-SOCIAL

O Sr. “J” é filho único, e já não tem pais. Vivia com a madrinha (tutora) e um tio.

Refere que gostava muito da mãe e da generosidade do pai.

Começou a falar, segundo o utente, com 7 anos (tardamente). Relacionava-se bem com os colegas de escola e professores. Completou o 9º ano e depois desistiu porque teve um esgotamento.

Descreve-se como uma pessoa simples, humilde e atenciosa

Reformado, já trabalhou na Tipografia (2meses); Repositor de bebidas num supermercado (2 meses); Norte shopping - empregado de balcão (3 semanas); Portageiro na Brisa em *Part – Time* (cerca de 1 ano); já trabalhou também em cafés e restaurantes (a servir à mesa). Foi reformado por invalidez há cerca de 15 ou 16 anos. Atualmente trabalha na rouparia na Casa de Saúde, e até à data conta com o apoio familiar (madrinha/tutora e tio).

IV - EXAME DO ESTADO ACTUAL

Aspecto, atitude, actividade: Idade aparente coincidente com a real, de estatura baixa.

Bem vestido. Mantém contacto ocular limitado. Apresenta lentificação psicomotora moderada, postura catatónica (inicialmente), assim como ausência de gesticulação. Parcialmente colaborante nas sessões.

Humor e emoções: O humor é apático e ligeiramente ansioso. Ausência de feedback emocional. Embotamento afectivo, alexitimia.

Discurso e linguagem: Discurso pobre (alogia), monossilábico, não é espontâneo e com pouca riqueza ao nível do seu conteúdo. Fala monocórdica com pouca ou nenhuma variação prosódica. Aumento na latência das respostas.

Conteúdo, processo do pensamento e percepção: Conteúdo centrado no facto de estar tudo bem consigo (facto erróneo). Sem ideação suicida e homicida demonstráveis. Sem fuga de ideias ou afrouxamento das associações.

Cognição: Orientado auto e alosiquicamente, no tempo e no espaço.

Classificação do *Mini-Mental State* = 28/30 (ausência de declínio cognitivo).

Nota: Foram aplicadas as **Matrizes Progressivas de Raven (SPM)**, mas, não foi possível concluir (o grupo E) devido ao Episódio Maníaco. No entanto podemos referir que nos grupos A (12/12), B (11/12), C (7/12) e D (11/12) o utente obteve bons resultados, podendo indicar um QI entre 110 e 120 (Inteligência Normal Superior).

Insight e juízo crítico: *Insight* diminuído em relação ao seu problema e motivo de internamento, nega a necessidade de estar internado e apresenta um juízo crítico alterado.

SITUAÇÃO ATUAL:

Durante o episódio maníaco (últimas 4 semanas) o utente apresentou-se hipervigilante, mais falador que o habitual. Notou-se uma pressão para continuar a falar e ainda uma aceleração do pensamento e um aumento da atividade dirigida para determinados objetivos (quer sexuais - experiência homossexual que o utente referiu, quer nas tarefas que realizava ultimamente no atelier). A sua atenção era facilmente desviada para estímulos externos irrelevantes (neste caso era o computador que estava na sala ou ao mínimo barulho o utente perdia-se no raciocínio). Verificou-se ainda um envolvimento excessivo em determinadas atividades que potencialmente podem ter consequências desagradáveis (envolver-se com outro utente na Casa de Saúde). **Sem ideias de referência, fuga de ideias ou afrouxamento das associações.** Segundo o utente e posteriormente em diálogo com um Enfermeiro da Casa de Saúde, a sua medicação teria sido alterada, dado importante para excluirmos o diagnóstico de Perturbação Bipolar I.

Nota:

1ª Hipótese: o utente foi a casa (1ª vez desde que está internado) nos dias 7 e 8. Esta ida a casa poderá ter despoletado a sua vulnerabilidade e consequentemente toda a sintomatologia (principalmente positiva), assim como a interrupção da medicação. (?)

2ª Hipótese: o utente relatou que, um ou dois dias, antes de ir a casa foi-lhe alterada a terapêutica farmacológica. (?)

3ª Hipótese: sintoma característico de uma Perturbação Esquizoefectiva (Tipo bipolar) que inclui um episódio maníaco. (?)

V - AVALIAÇÃO MULTIAXIAL

Eixo I: 295.70 Perturbação Esquizoafectiva, Tipo Bipolar, Episódio Maníaco, Grave,
300.00 Perturbação da Ansiedade sem outra especificação

Eixo II: Sem diagnóstico

Eixo III: 345 Doenças do Sistema Nervoso (Epilepsia)

243 Hipotireoidismo

Eixo IV: Problemas com o grupo de apoio primário (tia/tutora).

Eixo V: AGF (momento da avaliação) = 68

VI – DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- É importante fazer a distinção da **Perturbação Psicótica Secundária a Um Estado Físico Geral**, um *delirium* ou uma **demência** que são diagnosticadas quando as ideias delirantes ou as alucinações são uma consequência fisiológica direta de um estado físico geral, o que não acontece neste caso.
- **Perturbação Psicótica Induzida por substâncias, Delirium induzido por substâncias e a Demência Persistente induzida por substâncias.**

- **Perturbação do Humor com características Psicóticas, Perturbação do humor com características catatónicas e a Perturbação de Esquizofrenia** (não preenche completamente os critérios para um episódio de humor).
- **Perturbação Esquizofreniforme,**
- **Perturbação Psicótica Breve** (tem uma duração máxima de 30 dias);
- **Perturbação Delirante** (só se caracteriza por ideias delirantes e estas nunca tem conteúdo bizarro e na ausência de outros sintomas característicos da Esquizofrenia como por exemplo: discurso ou comportamento desorganizado);



RESUMO DO PROCESSO CÍNICO

Data:	03 de Abril de 2012
Local:	Gabinete de Psicologia
Utente:	“R”
Data de Nascimento:	21/05/1974 – 37 anos
Data de internamento:	07 de Fevereiro de 2012
Habilitações:	Frequentou o ensino especial (Centro de Recuperação Infantil de Fátima - CRIF) embora sem ter conseguido adquirir competências escolares
Profissão:	Reformado
Estado civil:	Solteiro
Filhos:	Não tem

Antecedentes:

- 1º Internamento na Casa de Saúde S. José (Areias de Vilar) em 07/02/2012;
- Nasceu de uma gravidez problemática pelas agressões sofridas pela mãe do progenitor (sogra-dependente de álcool).
- “R” apresentou um marcado atraso de desenvolvimento após uma meningite aos dois de idade.
- Em fevereiro de 2008 fraturou o braço da progenitora, entre outros episódios de violência.
- 13 de dezembro de 2011, a mãe de “R” denuncia-o á GNR alegando que este lhe desferiu murros na cabeça e nas costa (ato continuo). Refere ainda que o filho munuiu-se de uma faca de cozinha e proferiu a seguinte expressão: *“agora é que te mato”*.
- Segundo a mãe, “R”, fica muito alterado na altura em que deve tomar um injetável (não especifica), que ocorre de 21 em 21 dias.
- Após os atos agressivos, “R”, chora e pede desculpa mostrando-se arrependido (segundo a progenitora).

Situação Familiar:

- “R” é o 2º elemento de uma fratria de três irmãos, sendo os outros elementos do sexo feminino, tem ainda mais dois meios-irmãos (um por parte do pai e outro por parte da mãe).
- O progenitor de “R” nunca contribuiu com qualquer prestação a título de pensão de alimentos e não tem qualquer tipo de ligação ou contacto com o filho.
- Vivia com a mãe e uma irmã.

Situação Atual:

- Orientado auto e alopsiquicamente no tempo e no espaço
- Colaborante e acessível. Humor eutímico.
- Apresenta alterações da linguagem, pouco perceptível.
- Lentificação psicomotora com períodos de alguma agitação.

Diagnóstico: Deficiência Mental Moderada a Grave.

Exame do Estado Actual

Aspecto, atitude, actividade: Idade aparente á real, estatura baixa. Ligeiramente desarranjado, roupas amarrotadas. Apresenta lentificação psicomotora moderada com períodos de alguma agitação.

È colaborante e mantém contacto ocular. Presta atenção ao que lhe é perguntado e responde a estímulos. Está inquieto enquanto sentado na cadeira olhando para todos os lados da sala. Vígil; dificuldades de locomoção e necessita de supervisão relativamente á higiene.

Humor e emoções: Humor eutímico com períodos de labilidade emocional. Expressa pouca variedade de emoções. Ausência de ansiedade.

Discurso e linguagem: Discurso pobre e circunstancial. Apresenta alterações da linguagem com dificuldade na articulação das palavras (dentição comprometida).

Conteúdo, processo do pensamento e percepção: Conteúdos básicos do pensamento. Sem ideação suicida ou homicida. Sem ideias de referência, fuga de ideias ou afrouxamento das associações.

Cognição: Orientado auto e alopsiquicamente no tempo e no espaço.

Avaliação Cognitiva de Addenbrooke = 25/100 este teste inclui ainda o **Mini-Mental State** = 14/30, declínio cognitivo situado abaixo dos padrões considerados normais para idade. Retardo Mental Moderado a Grave.

Matrizes Progressivas Coloridas - CPM = Grau V - Capacidade intelectual inferior (percentil 5).

Matrizes Progressivas de Raven- SPM = Grau VII- Debilidade Mental Ligeira (QI. entre 60 e 69).

Insight e juízo crítico: Tem *insight* e apresenta um bom juízo crítico.

Avaliação Multiaxial

Eixo I: V 71.09 Nenhum diagnóstico ou condição

Eixo II: 319 Deficiência Mental, Gravidade Não Especificada

Eixo III: Em suspenso

Eixo IV: Problemas com o grupo de apoio primário (mãe)

Eixo V: 32 (AGF)

Nota: No eixo II não é possível especificar a gravidade uma vez que não foi aplicado um teste (falta de tempo) de inteligência para saber, ao certo, em que grau de capacidade intelectual (ligeiro, moderado, grave e profundo) se encontrava o utente.

ANEXO 2

(Sessões da intervenção em grupo)

PROGRAMA DE INTERVENÇÃO EM GRUPO

Estágio Curricular Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde
Universidade Católica Portuguesa – Faculdade Filosofia de Braga



COMUNICAÇÃO ASSERTIVA

POPULAÇÃO ALVO: 10 utentes do Instituto São João de Deus, Casa de Saúde S. José em Areias de Vilar Barcelos.

CALENDARIZAÇÃO:

Início da Intervenção: 19 de Junho de 2012

Fim da Intervenção: 21 de Junho de 2012

Periodicidade: 1 sessão diária (50/60 minutos)

CRONOGRAMA:

SESSÃO NR. 1	SESSÃO NR. 2	SESSÃO NR. 3
19 de Junho 10h às 11h	20 de Junho 10h às 11h	21 de Junho 10h às 11h

OBJECTIVOS GERAIS:

- Promover a participação ativa dos pacientes no desenvolvimento de comportamentos assertivos através de jogos educativos.
- Potenciar a capacidade assertiva dos comportamentos de cada participante (individualmente) de forma a facilitar a organização e reflexão coletiva.
- Evidenciar a importância e as consequências de ser assertivo.
- Sensibilizar os participantes para a mudança de atitudes e a transformação de comportamentos;
- Desenvolver nos participantes a habilidade para a comunicação assertiva, capacitando-os para o uso eficaz dos recursos da comunicação verbal e não-verbal.

SESSÃO 1 – COMUNICAÇÃO ASSERTIVA

Tema: *COMUNICAÇÃO*

Objetivos específicos:

- Importância da comunicação interpessoal
- Distinguir e identificar os elementos básicos do processo comunicacional e identificar os fatores determinantes da comunicação eficaz na dinamização de grupos.
- Identificar as escolhas pessoais no processo de comunicação;

Intervenientes:

- Utentes;

- Estagiárias de Psicologia, dinamizadoras da ação;

Duração prevista: 60 minutos

Material/equipamento:

- Apresentação em Power Point
- Papel;
- Lápis;

Desenvolvimento

- Apresentação genérica do programa, analisando as expectativas e motivações de cada participante **(5 minutos)**.
- Breve apresentação sobre “comunicação” **(15 minutos)**.
- Dinâmica de grupo: Será formado um círculo, depois será passada a um dos participantes uma frase. Este deverá passar para aquele que está á sua direita, a mensagem deverá ser transmitida através do ouvido sem que os demais saibam qual é a frase. No final promove-se um debate sobre o que acharam e perceberam da dinâmica (e.g. o que aconteceu com a mensagem do início ao fim da atividade? Como esta comunicação interfere nos relacionamentos?) **(20 minutos)**.
- Atividade (Fazer aos outros o que gostarias que te fizessem, deve ser o teu lema): Após serem enumeradas algumas dicas para uma boa comunicação, os participantes deverão (oralmente) completar e corrigir algumas frases (e. g. **Em vez de dizeres:** “Estás sempre a interromper-me!” **Diz...** “Eu gosto de falar sem ser interrompido”) **(20 minutos)**.

Comunicação

COMUNICAÇÃO ASSERTIVA

Sessão 1

Iolanda Silva
Elisabete Costa
Sónia Machado
2012



O QUE É A COMUNICAÇÃO?

?

A COMUNICAÇÃO

é a base de qualquer processo de interação;



A COMUNICAÇÃO

é uma ferramenta importante de sobrevivência, utilizada pelos humanos para interagir e se organizarem como sociedade.

é tornar uma ideia comum

tem como objetivo transmitir a informação



Para a comunicação ser transmitida é necessário existir :

EMISSOR



RECEPTOR



EMISSOR



1- É a pessoa ou grupo de pessoas de onde parte a comunicação

2- É o que envia a mensagem

RECEPTOR

?



1- É a pessoa ou grupo de pessoas a quem se destina a comunicação

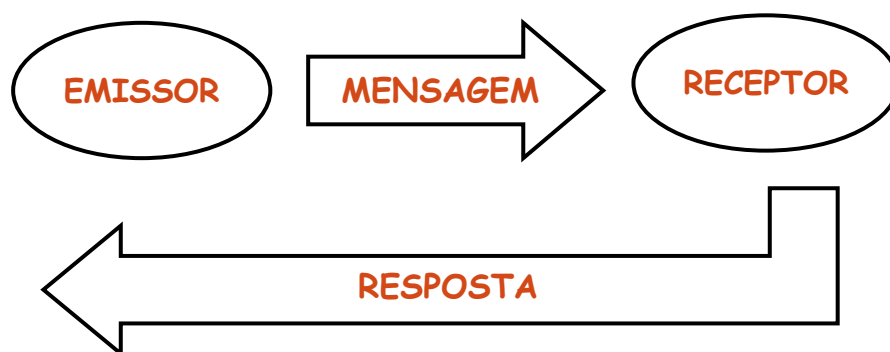
2- É o que recebe a mensagem

É preciso também que haja um conteúdo a ser comunicado



RESUMINDO

Processo de comunicação:



O NOSSO CORPO COMUNICA



👤 Comunicar significa enviar e receber mensagens e podem ser por meios verbais e **não-verbais**.

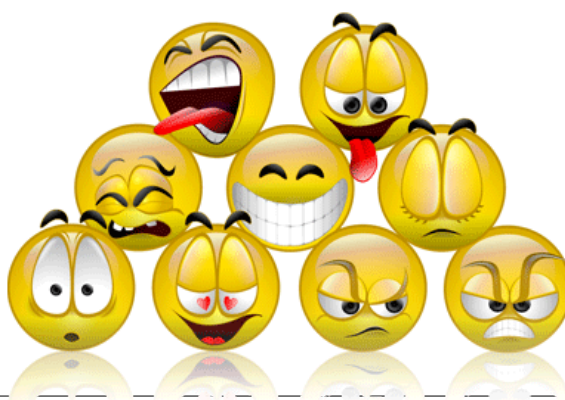
👤 O nosso corpo comunica



👤 Exprime muitas vezes as nossas emoções e os nossos sentimentos.



👤 Podem ser transmitidos pelo tom de voz e velocidade da fala, expressões faciais, movimentos do corpo e gestos, postura, contacto visual e aparência...



Atividade



Dinâmica de grupo

TELEFONE SEM FIO





- 🔦 O que aconteceu com a mensagem do início ao fim da atividade?
- 🔦 O que acontece com as mensagens do nosso quotidiano?
- 🔦 Como esta comunicação interfere nos relacionamentos?
- 🔦 Como acham que deveria ocorrer a comunicação?





Dicas para uma boa comunicação



Começa em nós , mas é processada na mente da outra pessoa



Definir qual o objetivo da comunicação



Antes de comunicar, temos que clarificar as nossas próprias ideias



Temos de ser objetivos, claros e concisos



Coloque-se no lugar da outra pessoa



Não devemos interromper o outro



Respeitar os outros



Faça perguntas e anotações



Prestar atenção às mensagens não verbais



Fazer aos outros o que gostarias que te fizessem,
deve ser o teu lema.



Em vez de dizeres...	Diz...
1. Estás sempre a interromper-me!	Eu gosto de falar sem ser interrompido.
2. Este trabalho está uma porcaria!	Este trabalho precisa de ser melhorado...
3. A única coisa a fazer é...	Acredito que a melhor coisa a fazer é...
4. Tu és um traidor!	Senti-me traído na confiança que tinha em ti!
5. Seu incompetente!	Tens de aprender a fazer melhor...
6. És um idiota!	Como chegaste a essa conclusão?
7. Oh João, vem lá aqui!	João, podias chegar aqui, por favor?



SESSÃO 2 – COMUNICAÇÃO ASSERTIVA

Tema: *O QUE É A ASSERTIVIDADE?*

Objetivos específicos:

- Apresentar e discutir o conceito de Assertividade e sua influência nos relacionamentos;
- Identificar e desenvolver estilos de comportamento assertivo;
- Aprender a dizer sim, quando se quer dizer sim e a dizer não, quando se quer dizer não;
- Destacar os direitos, deveres e os benefícios do comportamento assertivo para o melhor desempenho pessoal e profissional.

Intervenientes:

- Utentes;
- Estagiárias de Psicologia, dinamizadoras da ação;

Duração prevista: 50 minutos

Material/equipamento:

- Papel
- Lápis

Desenvolvimento

- Breve apresentação e discussão sobre o que é a assertividade **(20 minutos)**.
- Dinâmica de grupo: Cada participante deverá retirar de um saco uma frase (e. g. **Ser assertivo aumenta o rendimento escolar, profissional... ? Devemos fazer as coisas a qualquer preço?**), tendo cada um que responder: “Verdadeiro ou Falso”. Após todos responderem, voltam-se a colorar as frases no saco (para que ninguém identifique, caso a resposta esteja errada). De seguida a “animadora” tira uma de cada vez lendo em voz alta para todos (quer a frase quer a resposta) e dá-se início a um debate **(30 minutos)**.

COMUNICAÇÃO ASSERTIVA

Sessão 2



2012

O QUE É A ASSERTIVIDADE





Expressar os pensamentos, opiniões e sentimentos de forma calma, apropriada e objetiva, tendo em conta os pensamentos, opiniões e sentimentos do outro



Defender claramente os seus direitos sem desprezar os direitos dos outros



Ser assertivo é dizer "SIM" e "NÃO" quando for preciso.



Uma pessoa assertiva não experiencia ansiedade indevida ou excessiva.

O indivíduo assertivo



ATIVIDADE



Verdadeira



OU

Falsa



Coloca (V) para verdadeiro ou (F)
para falso na perspetiva da
pessoa assertiva.



1. Deve-se sentir culpado, quando
se diz não



**2. Ser assertivo aumenta o
rendimento escolar, profissional...**



**3. As pessoas assertivas têm
controlo sobre todas as coisas.**



4. Deve-se discutir os problemas primeiro com quem os motivou e só depois com um superior.



5. Tem que se ensaiar muito bem o que se vai dizer, se se quiser causar boa impressão.



6. Devemos fazer as coisas a qualquer preço.



7. Quem é assertivo, tem menos dores de cabeça e é menos ansioso.



8. Em primeiro lugar devemos ter sempre em atenção os direitos dos outros.



9. Ser manipulador causa problemas a todos.



**10. Ser passivo é que é ser bom,
apesar das dores de cabeça
que dá.**



**11. Ninguém gosta dos que
discordam.**



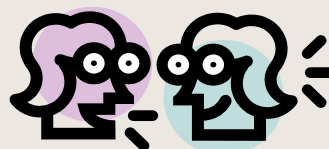
12. Quem é agressivo é que
consegue tudo na vida.



Lembre-se

👍 Nós somos responsáveis pelos nossos
comportamentos.

👍 Se o outro se comportar de forma não
assertiva, não precisamos fazer o mesmo!





SESSÃO 3 – COMUNICAÇÃO ASSERTIVA

Tema: *TIPOS DE COMUNICAÇÃO/COMPORTAMENTO*

Objetivos específicos:

- Identificar as características e as consequências dos comportamentos agressivo, passivo e assertivo;
- Reconhecer a importância na prática da assertividade, como forma de melhorar a eficácia da comunicação, aos níveis interpessoal e organizacional;
- Usar o autoconhecimento para melhorar o controlo dos comportamentos assertivos;
- Analisar os fatores determinantes, numa situação conflitual.

Intervenientes:

- Utentes;
- Estagiárias de Psicologia, dinamizadoras da ação;

Duração prevista: 60 minutos

Material/equipamento:

- Papel
- Lápis

Desenvolvimento

- Breve apresentação e discussão dos 3 tipos de comunicação (assertivo, agressivo e passivo); **(20 minutos)**
- Atividade (resolução de casos): serão entregues aos participantes duas histórias (muito breves), que contêm os três tipos de comunicação. Os participantes, a cada

história, deverão responder: O comportamento de Paulo é?, Porquê?, O que diz?, Como diz?, Posição do corpo? Segue-se a correção e discussão **(20 minutos)**.

- Para finalizar: cada participante irá escrever um texto sobre si próprio, tentando identificar em que situações é assertivo, passivo e agressivo, permitindo a cada participante uma reflexão sobre os seu comportamento **(20 minutos)**.

TIPOS DE COMPORTAMENTO

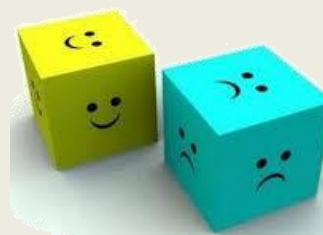
COMUNICAÇÃO ASSERTIVA

Sessão 3



Sónia Machado
2012

Da utilização combinada de padrões específicos das componentes VERBAIS E NÃO-VERBAIS apresentam-se em seguida diferentes estilos de comunicação que podem dificultar ou facilitar o processo de comunicação



TIPOS DE COMPORTAMENTO

3 Tipos de comunicação



AGRESSIVA

PASSIVA

ASSERTIVA

Assertivo



A pessoa assertiva sabe dizer não ou mostrar qual é a sua posição face a uma determinada realidade.

Consequências:

- Manifesta a sua própria posição
- Expressa um raciocínio para explicar / justificar a sua posição, sentimentos, pedidos
- Expressa compreensão face a posição dos outros
- Sabe pedir quando é necessário
- Pede esclarecimentos



Passividade

- O indivíduo passivo não defende os seus direitos e deveres
- Respeita os outros mas não se respeita a si mesmo
- Demonstra vergonha
- Falta de confiança



Consequências:

- Perda da auto estima
- Perda de apreço das outras pessoas
- Falta de respeito pelos outros
- Acessos de agressividade desmedida (por parte dos outros)



Agressividade



A pessoa agressiva defende em excesso os seus direitos e interesses pessoais sem ter em conta os dos outros

Consequências:

- Geralmente surge rejeição ou fuga por parte dos outros
- Forçam os outros a serem cada vez mais hostis aumentando cada vez mais a agressividade.



ATIVIDADE

TIPOS DE COMPORTAMENTO

Atividade

3 Tipos de comunicação



AGRESSIVA

PASSIVA

ASSERTIVA

Correção:

O comportamento do Paulo é: **Passivo**

Porquê? **Cede ao que a Susana lhe pede, contra a sua vontade**

O que diz? **"Eu sei que vais pensar que eu sou maluco..está bem, eu vou"**

Como diz? **Voz suave e baixa**

Posição do corpo? **Cabeça para baixo**

Correção:

O comportamento da Susana é: **Agressivo**

Porquê? **Faz prevalecer as suas vontades mesmo contra a vontade de Paulo.**

O que diz? **"És maluco mas para além disso és um estúpido"**

Como diz? **Interrompe o Paulo e grita-lhe**

Posição do corpo? **Cara a cara e mãos nas ancas.**

Correção:

O comportamento da Mafalda é: **Assertivo**

Porquê? **Defende o seu ponto de vista de forma clara e confiante sem desrespeitar o outro.**

O que diz? **"Podemos falar onde não haja mais ninguém (privacidade)"**

Como diz? **Calmamente mas firme.**

Posição do corpo? **Senta-se direito. Olha a pessoa nos olhos**



EU SOU ASSIM...

- Cada pessoa irá escrever um texto sobre si próprio, tentando identificar em que situações é assertivo, passivo ou agressivo.



ANEXO 6

("Ação de formação ")

AÇÃO DE FORMAÇÃO 2011/2012

Estágio Curricular Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde
Universidade Católica Portuguesa – Faculdade Filosofia de Braga



PÚBLICO-ALVO:

15 Colaboradores/Auxiliares do Instituto São João de Deus, Casa de Saúde S. José em Areias de Vilar Barcelos.

CALENDARIZAÇÃO:

26 de Junho de 2012

DURAÇÃO:

90 minutos

METODOLOGIAS DE FORMAÇÃO:

- Expositiva;
- Interrogativa;
- Demonstrativa;

RECURSOS PEDAGÓGICOS:

- Manual de apoio à aprendizagem;
- Textos de apoio (exercícios práticos);
- Apresentações multimédia (PowerPoint).

ESPAÇOS E EQUIPAMENTOS:

- Sala espaçosa;
- Computador, Projetor de vídeo (retroprojetor);

- Lápis, Papel;
- Panfletos

OBJECTIVOS GERAIS:

- Pretende habilitar os formandos a compreender os mecanismos do stress, a avaliar e modificar o seu modo pessoal de resposta aos desafios do quotidiano, a aplicar técnicas de redução da tensão nervosa e de programação positiva para a excelência.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:

- Compreender a natureza e as causas do stress;
- Distinguir entre stress positivo e negativo;
- Reconhecer o impacto do stress na qualidade de vida e na saúde;
- Identificar os sintomas de stress;
- Identificar as particularidades do stress profissional;
- Conhecer e dominar técnicas práticas de gestão de stress.

CONTEUDOS:

- O que é o stress?
 - Stress - conceito e modelo explicativo
 - Sintomas;
 - Fases de evolução;
 - Impacto do stress no organismo;
 - Biologia do stress;
 - Consequências;
 - Erros de pensamento que exageram o stress;
- Modelo de Stress Laboral;
- Como lidar com o stress (gestão).

FORMADORES: Iolanda Silva, Elisabete Costa, Sónia Machado

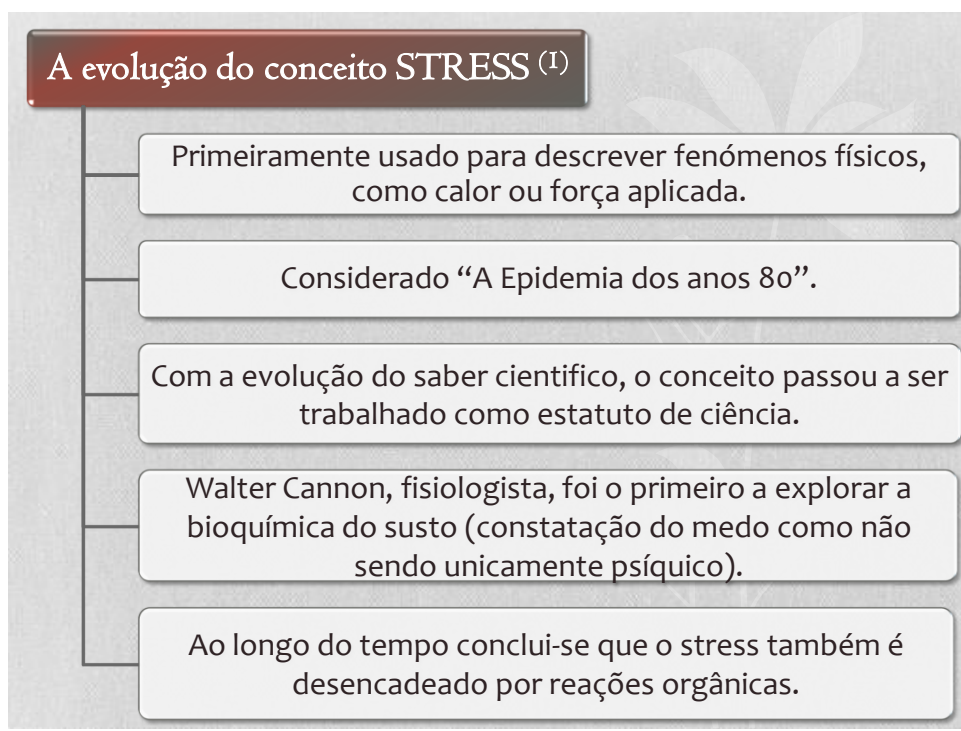


STRESS

O Impacto do stress no contexto
laboral

ÍNDICE:

- O que é o stress?
 - Evolução do conceito Stress;
 - Definição;
 - Sintomas;
 - Fases de evolução;
 - Impacto do stress no organismo;
 - Circuito do stress;
 - Consequências;
 - Erros de pensamento que exageram o stress;
- Como lidar com o stress



A evolução do conceito STRESS⁽²⁾

1º modelo de stress (Cannon, 1932): “medo, luta, fuga”, designado atualmente por “reação do stress”.

Em 1936, Hans Selye, define stress como um Síndrome Geral da Adaptação (alarme, resistência, exaustão).

Em 1978, relação do conceito de stress com patologias de outro foro (explicação de doenças crónicas e envelhecimento precoce).

Stress⁽¹⁾



Stress = resposta do organismo perante uma ameaça

- Pode ser definido como a soma de respostas físicas e mentais causadas por determinados estímulos externos.
- O que permite ao indivíduo (humano ou animal) superar determinadas exigências do meio ambiente e o desgaste físico e mental causado por esse processo;

Stress (2)



- Ocorre quando a **pressão** excede a nossa capacidade de lidar com ela;
- E não é apenas a **pressão externa**, mas sim o facto de acreditar ou não que se consegue lidar com uma situação que encara como sendo importante ou ameaçadora.

Stress (3)

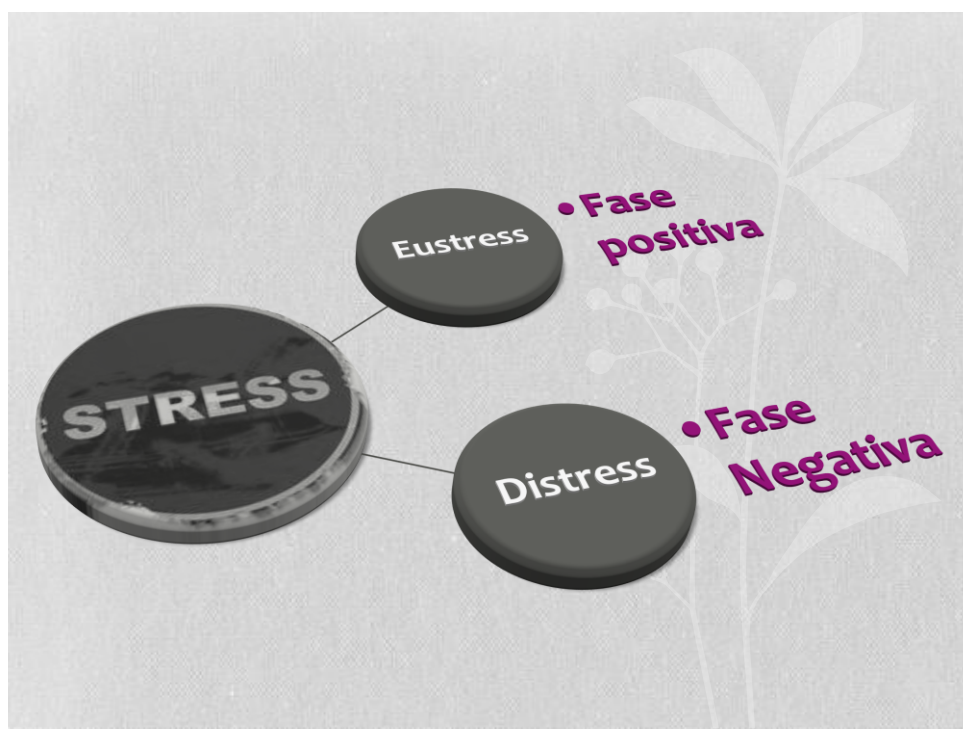


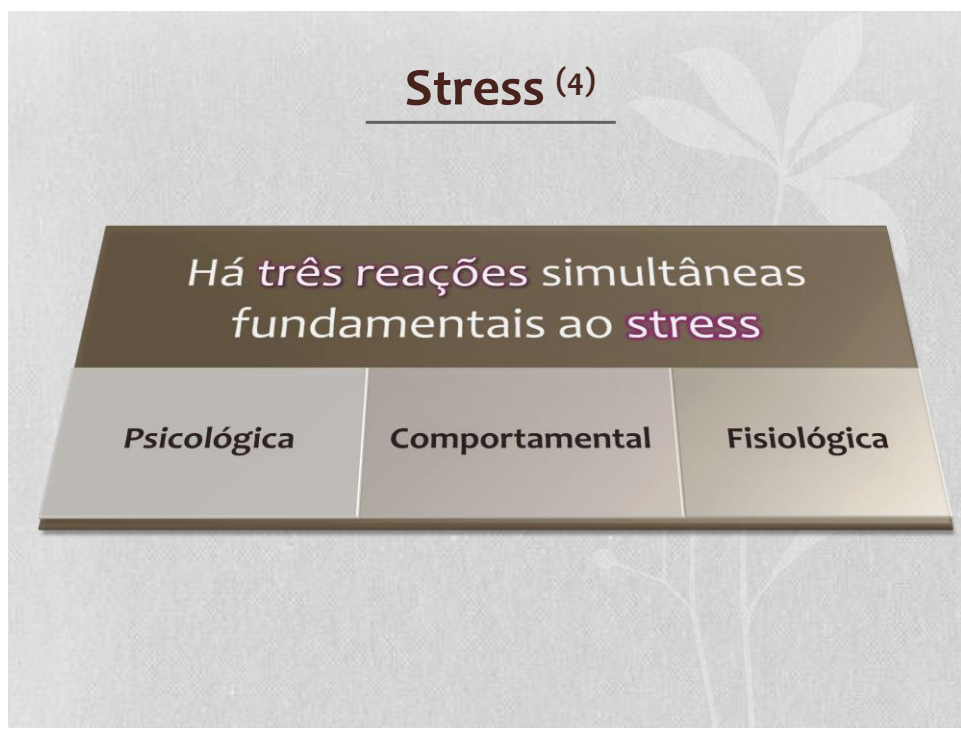
Curto
prazo

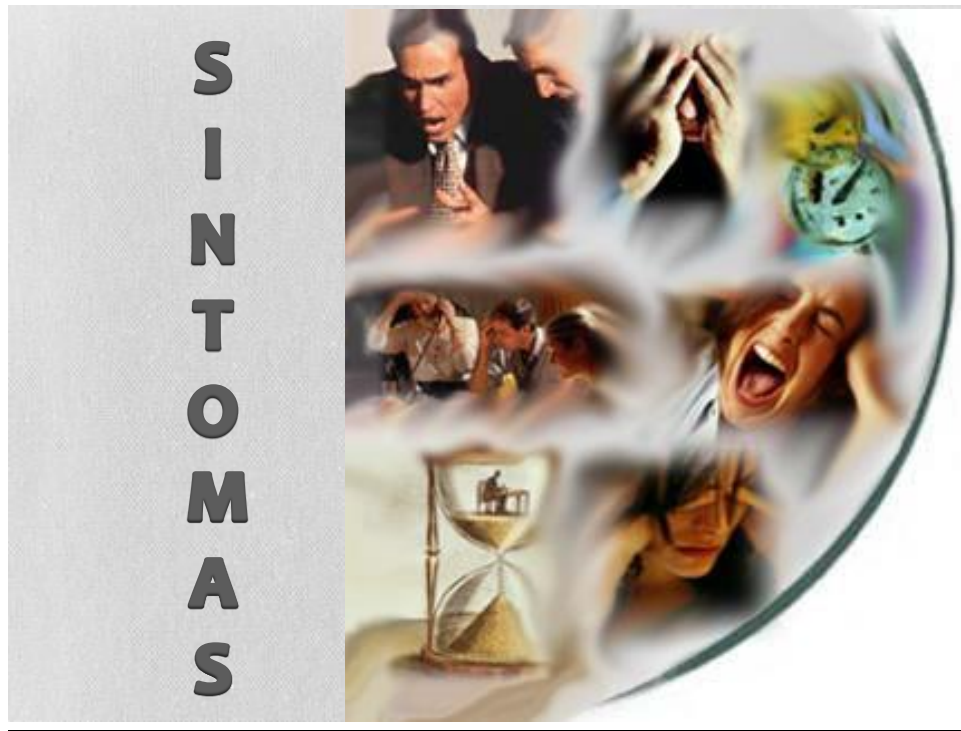
- É uma reação natural a situações ameaçadoras

Longo
prazo

- Pode levar a uma série de problemas físicos e mentais



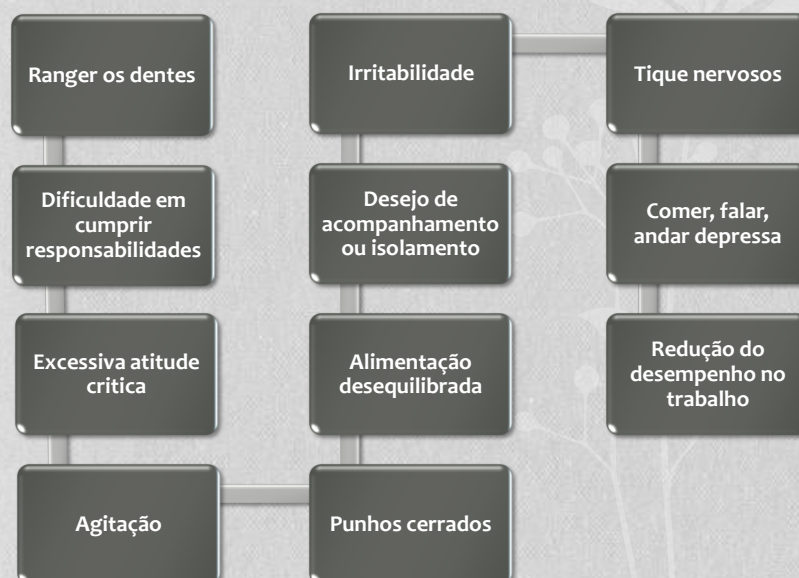




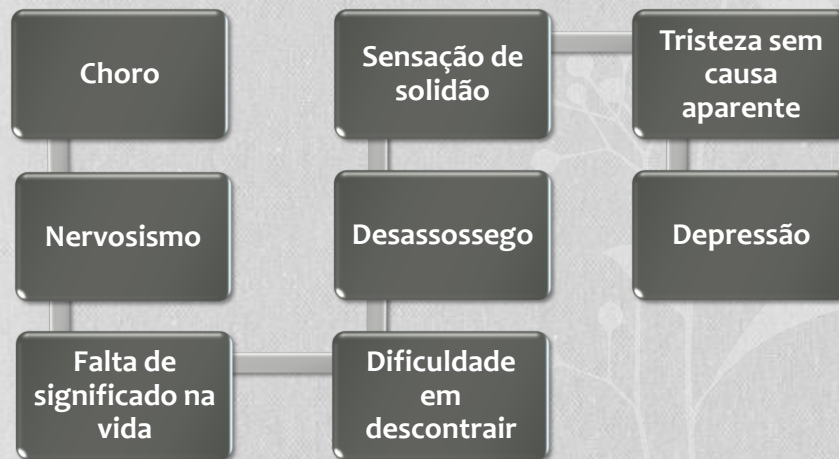
Sintomas físicos:



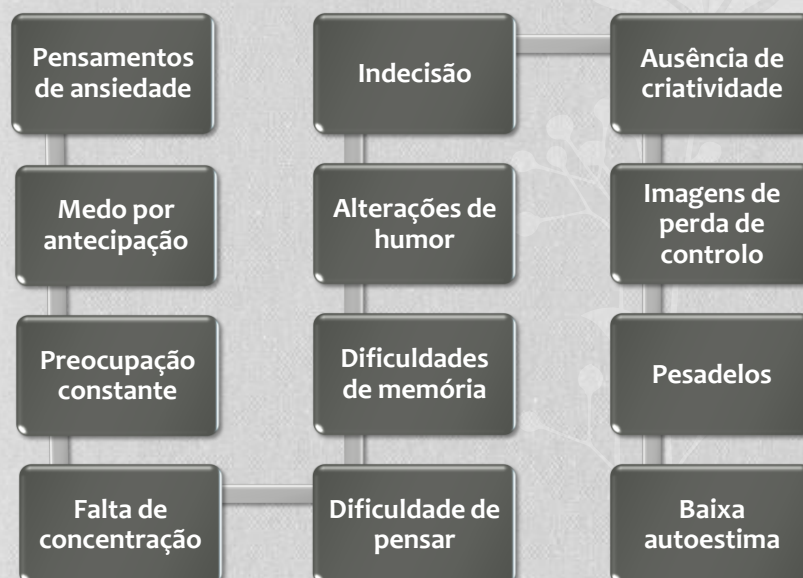
Sintomas Comportamentais:



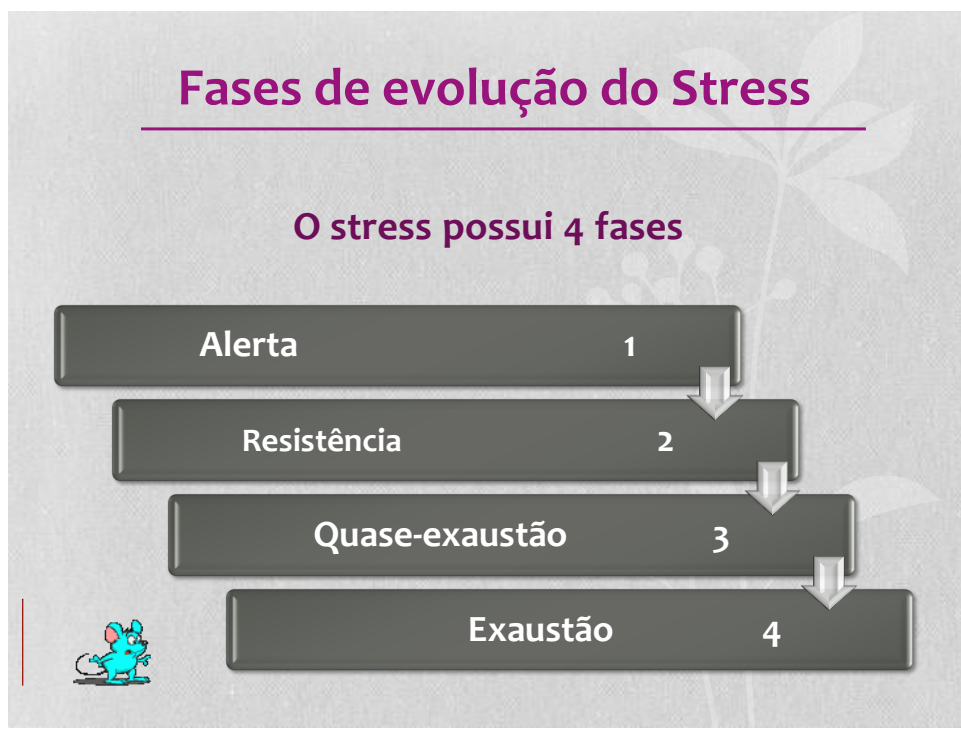
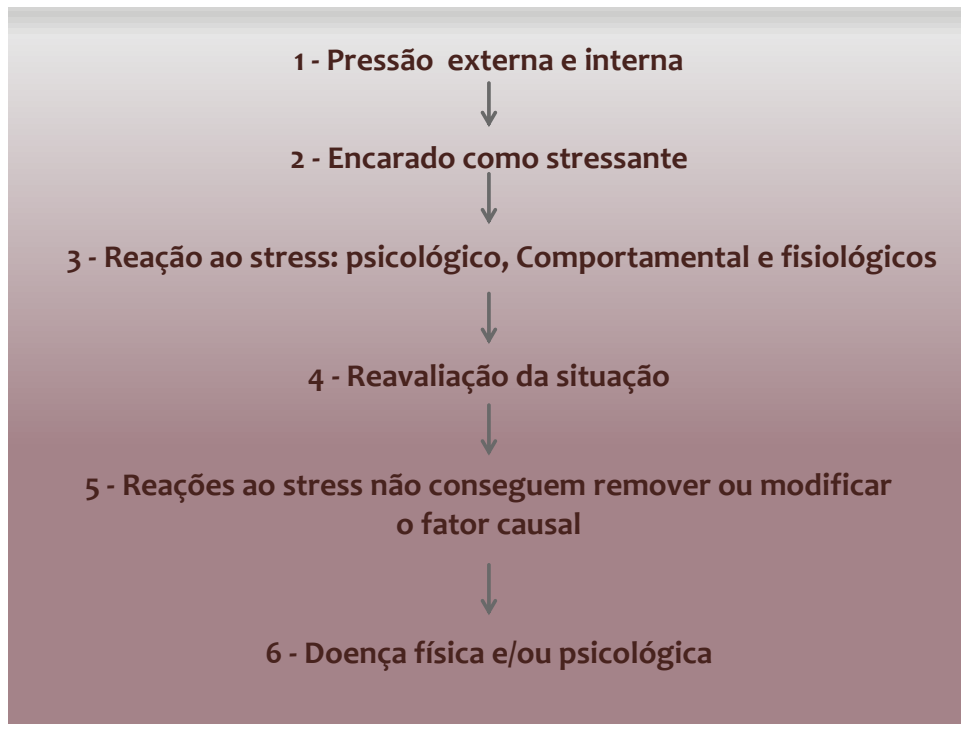
Sintomas Emocionais:

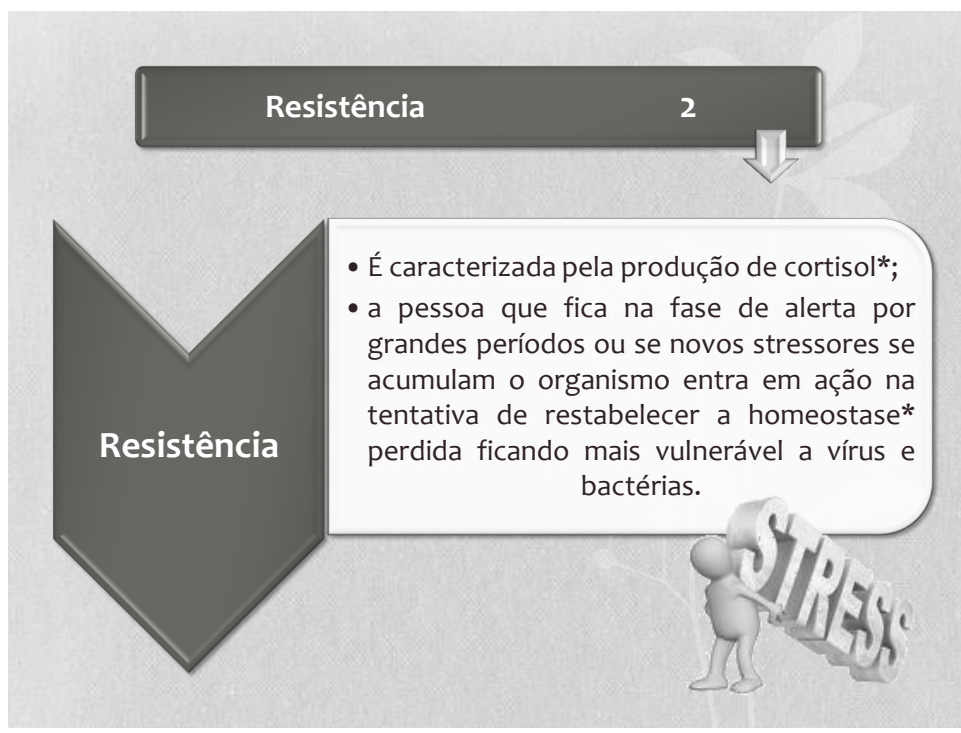
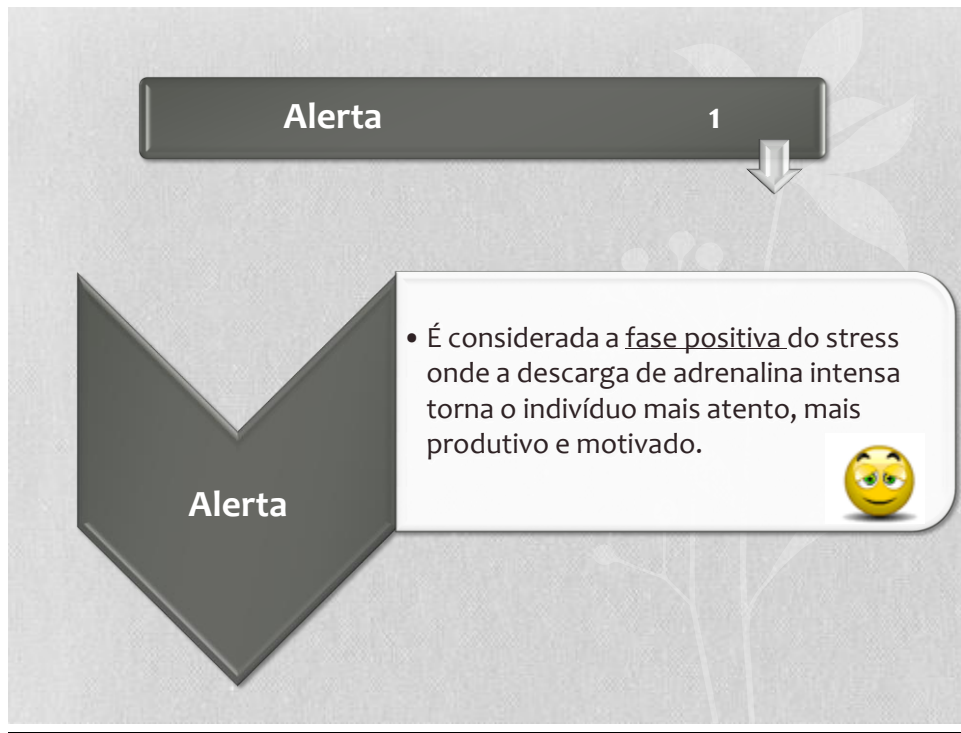


Sintomas Psicológicos:










Quase-exaustão 3

Quase-Exaustão


- Uma pessoa que se encontra nesta fase oscila entre momentos em que consegue pensar equilibradamente, e momentos de extremo desconforto físico e emocional.
- Podem ainda surgir doenças que a pessoa tenha predisposição a desenvolvê-las, como hipertensão arterial, gastrite, herpes simples e diabetes.



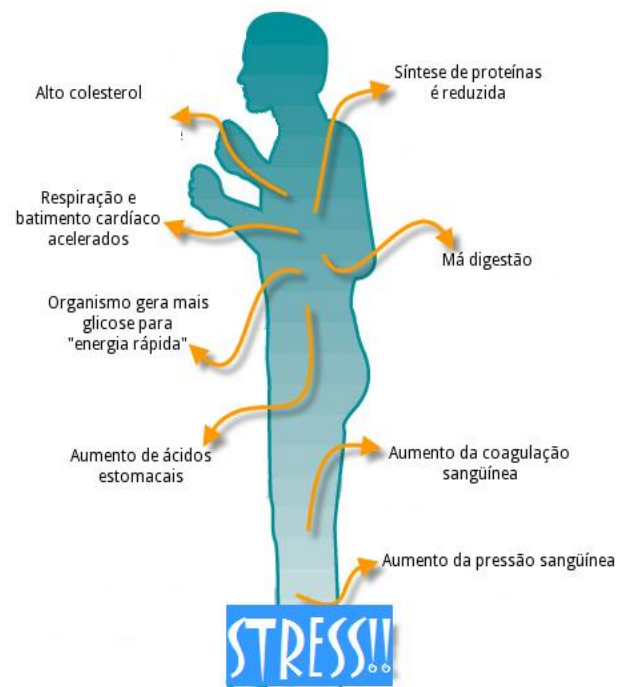
Exaustão 4

Exaustão
(Patológica)

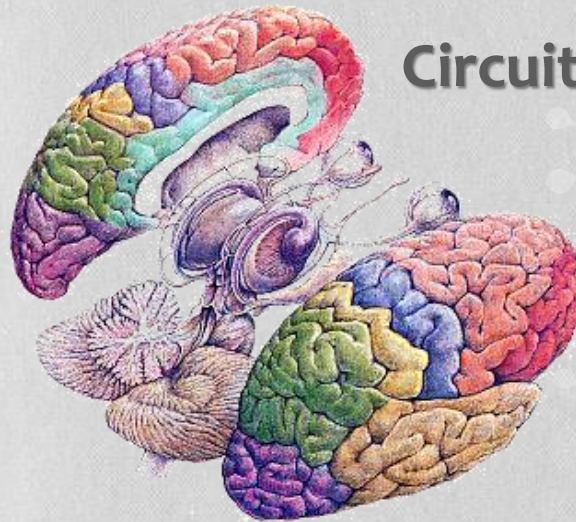
- Acontece um importante desequilíbrio interior.
- A pessoa entra em depressão, não consegue mais viver o dia a dia, a produtividade é nula. Portanto o stress pode ser um dos desencadeadores ou potencializadores de doenças, pois pode suprimir o sistema imunológico e tornar o organismo menos resistente.



O IMPACTO DO STRESS NO ORGANISMO



Circuito do Stress



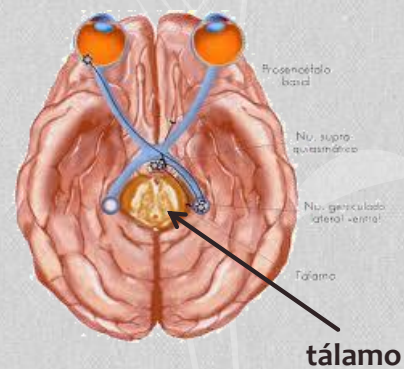
EXEMPLO:

- Supondo que uma pessoa passe por uma situação de stress muito forte como, por exemplo, um assalto.

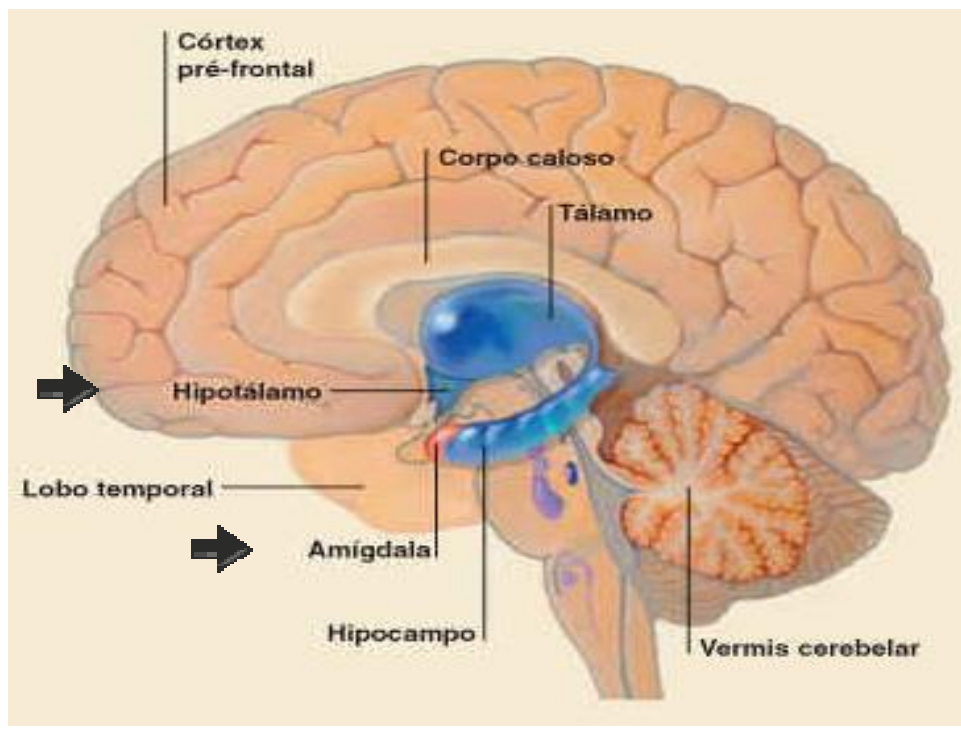


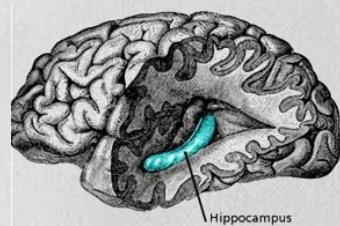
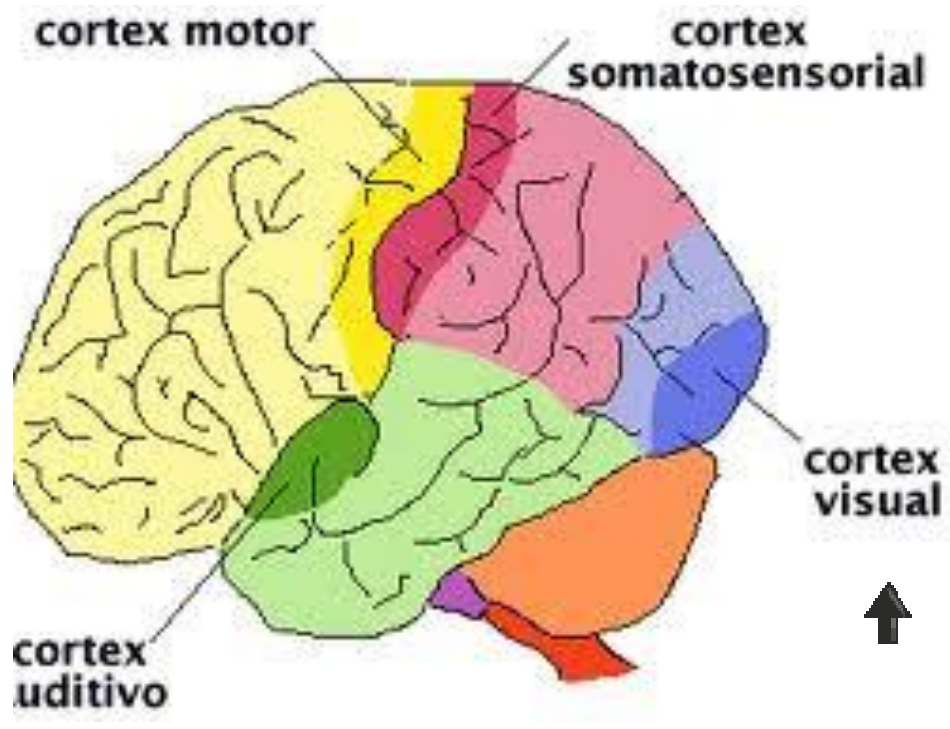
- Neurologicamente o circuito percorrido pelos impulsos nervosos é o seguinte:

A pessoa olha para o assaltante, a imagem vai diretamente para o **tálamo** (núcleo sensitivo, seletor e canalizador das informações).



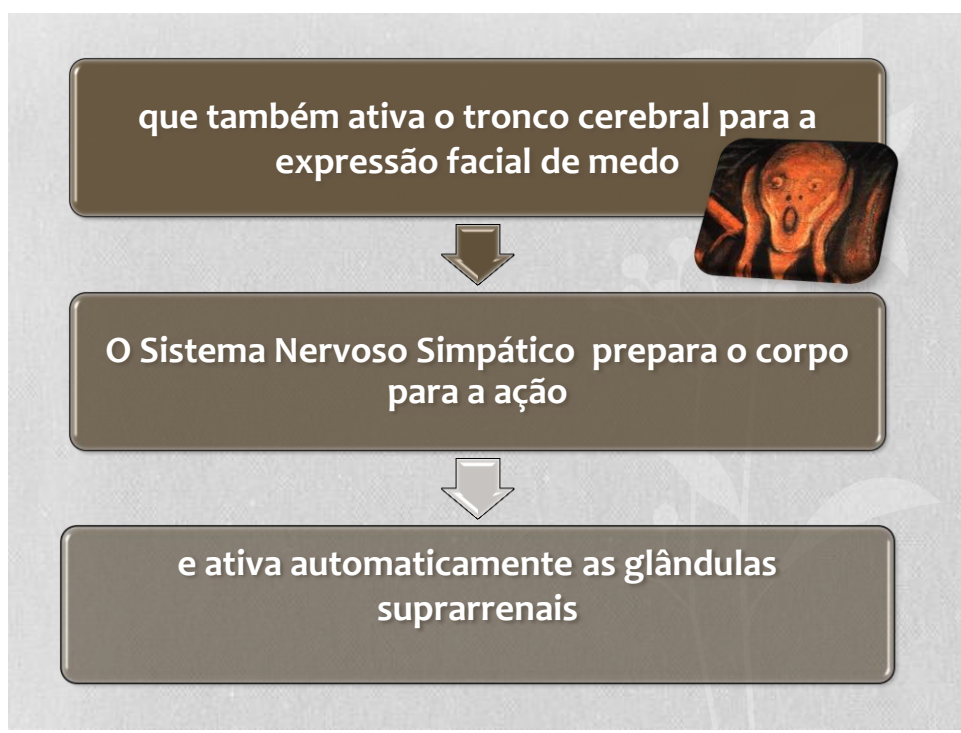
A partir do **tálamo** os
impulsos nervosos
seguem dois caminhos:





O **hipocampo** analisa o facto atual (assaltante).

Se a conclusão for **PERIGO IMINENTE**, automaticamente a amígdala dispara o alarme para as principais partes do cérebro.

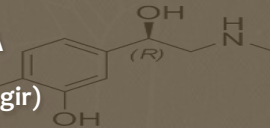


A suprarrenal segrega uma hormona **IMPORTANTE** do stress que é a



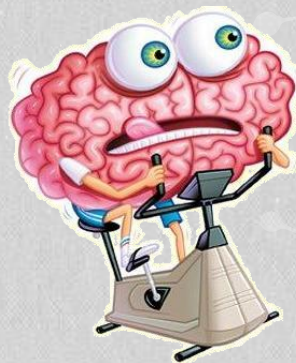
ADRENALINA

(prepara o corpo para fugir)



(quando libertada no sangue provoca taquicardia, tremores, aumento da pressão arterial, aumento da secreção sudorípara)

Viver sob **PRESSÃO** faz com que o cérebro trabalhe com o Sistema de Alarme ativado, preparado para a defesa ou ataque.



Consequências do stress



O stress pode originar toda uma série de problemas e perturbações



Erros de pensamento que exageram o



1

Pensamentos do tipo “tudo ou nada”

Encarar as coisas em termos absolutos ou extremos.

E. g.: Se algo deve ser feito
deve ser bem feito.



2

Imagem / Rotulagem



Avaliamos a imagem global que existe da nossa pessoa, de outros ou do universo, e não as capacidades, falhas ou comportamentos específicos.

E. g.: Como falhei nos exames profissionais, isso prova que sou um falhado.

3

Negatividade /Filtro Mental



Em vez de manter a vida ou acontecimentos em perspetiva concentramo-nos apenas em aspetos negativos.

E. g.: Os projetos correm sempre mal no meu emprego.

4

Irrelevância /Desqualificação

Irrelevância do positivo: optamos por não dar importância ao que seja positivo.

E. g.: Quando o meu chefe me elogia, está apenas a ser simpático.



5

Leitura de mentes

O comportamento das pessoas faz-nos depreender que estão a pensar ou reagir de forma negativa em relação a nós.

E. g.: De certeza que as minhas colegas estão a falar mal de mim

6

Previsão / tipo catastrófico

Pensamos no pior dos casos utilizando muitas vezes provas insuficientes.

E. g.: Se não cumprimos o prazo, perdemos tudo!



7

Minimização/ Exagero

Condenamo-nos pelos nossos defeitos e criamos desculpas para os nossos sucessos e pontos fortes.

E. g.: Eu fiz bem aquele projeto, mas isso não significa que seja competente; apenas tive sorte.”



8

Racionalização emocional

Avaliamos situações consoante o nosso estado emocional.



E. g.: Estou furiosa, vê-se que ele me tratou mal.

9

Generalização exacerbada

Prevemos resultados repetidos com base num único acontecimento.

E. g.: O dia já começou mal, por isso, o resto é para esquecer



10

Personalização

Culpamo-nos de forma injusta por algo que não foi da nossa responsabilidade.



E. g.: A equipa não cumpriu o objetivo. A culpa é minha.

11

Exigência / Imperativo

Ocorre quando temos expectativas muito elevadas em relação a nós próprios.

E. g.: Tenho de ter um bom desempenho apesar da falta de condições.



12

Culpa

Em vez de nos responsabilizarmos pessoalmente, culpamos outros pelos problemas ocorridos.

E. g.: Onde estão as minhas chaves?

Quem é que lhes mexeu?



Atividade 1

- Pense na última vez que se sentiu moderadamente stressado.
- Assinale os erros / pensamentos automáticos que conhece.



1 - Pensamentos do tipo “tudo ou nada”

2 – Imagem / Rotulagem

3 – Negatividade / Filtro Mental

4 – Irrelevância / Desqualificação

5 - Leitura mental

6 – Previsão/ Tipo catastrófico

7 - Minimização /Exagero

8 – Argumentação emocional

9 – Sobre generalização

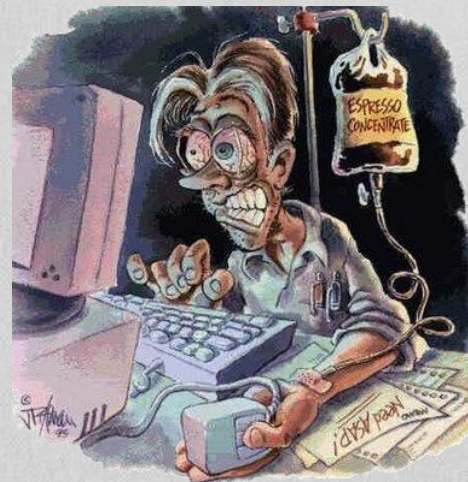
10 - Personalização

11 - Exigência / Imperativo

12 – Culpa



T R A T A M E N T O



Como lidar com o stress

Existem diversas maneiras de tratar, aliviar ou administrar o stress.



Terapias Cognitivo-comportamentais


Trata-se de um trabalho feito por psicólogos que visa orientar o individuo sobre a melhor maneira de administrar o stress e os fatores stressores, administrar conflitos e resolver problemas.



Identifique as suas fontes de stress



- Ser capaz de identificar as suas fontes de stress é o primeiro passo para poder eliminá-las efetivamente.
- Pare para pensar 5 ou 10 minutos sobre as coisas que tornam os seus dias e as suas semanas mais stressantes.
- Quais são as pessoas, as atividades, as tarefas ou as coisas que considera serem a raiz de todo o seu stress.

A photograph of a woman sitting in a meditative lotus position on a sandy beach. She is facing right, looking out at the ocean under a warm, golden sunset sky. The water reflects the low sun, creating a shimmering path.

**Técnicas de
relaxamento,
como a meditação,
por exemplo.**



Proponha-se a ler um
livro todos os meses



Tente manter o
BOM HUMOR 😄
em qualquer
circunstância





Evite levar para casa problemas relacionados com o trabalho

Reparta o seu tempo equilibradamente entre trabalho, lazer e família.



**Afastar-se de situações
angustiantes ou conflituosas**

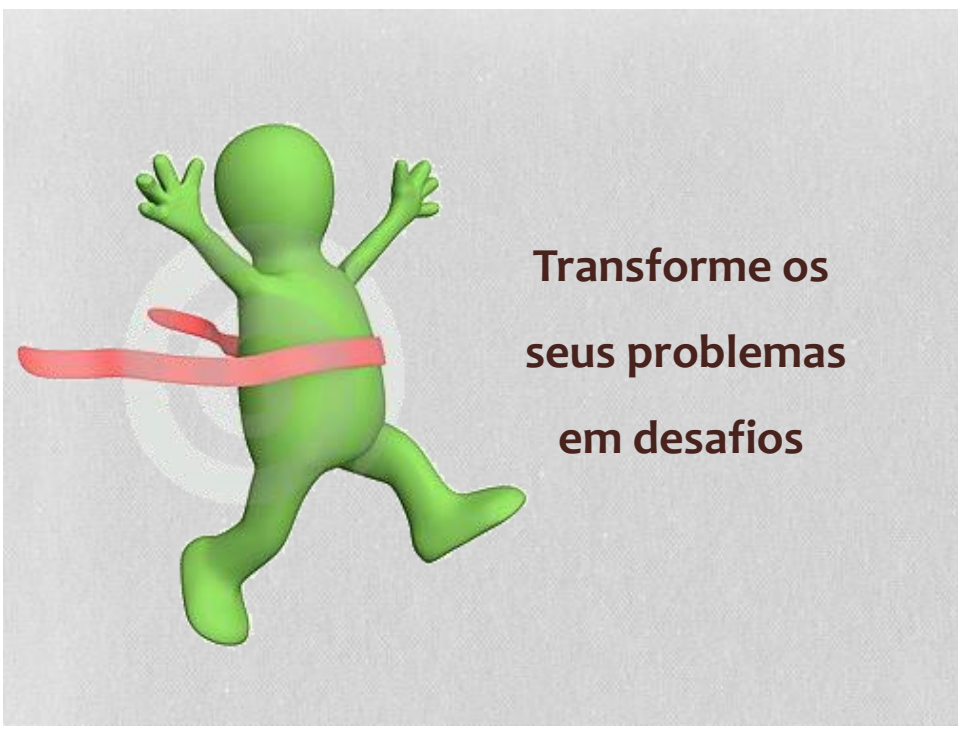


**Quando estiver subcarregado de trabalho,
faça um período de descanso**





Ouçá música e viaje no pensamento



**Transforme os
seus problemas
em desafios**



Em alguns casos, por determinado período, o uso de psicofármacos pode ser necessário.

- 1 - Acorde mais cedo**
- 2 – Planeie o seu dia**
- 3 – Defina prioridades**
- 4 – Tenha uma vida social ativa**
- 5 – Crie bom ambiente**
- 6 – Aprenda a relaxar**
- 7 – Mude de rotina**
- 8 – Saiba dizer não**
- 9 – Melhore a sua vida sexual**
- 10 – Dedique-se a uma atividade criativa**

Dicas antisstress



Todo o comportamento está associado a uma aprendizagem e este pode ser mudado ou melhorado. Saber gerir as próprias emoções de medo, raiva, ódio, tristeza, mágoa e os seus efeitos ajudam a pessoa a pensar antes de agir e adiar as frustrações emocionais

Atividade 2

Como lida com o stress

